312

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léopold ROUFFIAT

Né à Rilhac-Xaintric (Corrèze), le 25 août 1890
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ancien assistant de sanatorium

Menstruation et Tuberculose

Président : M. M. LETULLE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	N.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En hommage de profonde reconnaissance.

A M. le Professeur LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur BELIN, médecin de l'Hôpital de la Charité.

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur SIREDEY, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur PETIT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur POTHERAT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur LERMOYEZ, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris,

M. le Docteur MORAX, ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière.

M. le professeur agrégé DÉMELIN, accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

M. le Docteur DEVRAIGNE, accoucheur des hôpitaux de Paris.

A M. le Docteur SALIVAS, directeur du Sanatorium d'Avon.

A M. le Docteur COLIN, médecin-chef de l'asile de Willejuif.

A M. le Docteur DUPAIN, médecin-chef de l'asile de Vaucluse.

A M. le Docteur GENIL-PERRIN, médecin-chef de l'asile de Moisselles.

A Messieurs les Docteurs DUMONT et REINHOLD, oto-rhino-laryngologistes.

A MON MAITRE

M. le Docteur Charles SABOURIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Directeur du Sanatorium de Durtol

Le Dr Sabourin nous a inspiré le sujet de ce travail et si celui-ci a quelque valeur c'est d'être un reflet, bien pâle sans doute, mais nous l'espérons sincère, des idées du maître. Nous n'oublierons jamais la grande bienveillance dont le Dr Sabourin nous a maintes fois donné des preuves.

A M. le Docteur GARRELON

Chef de travaux à la Faculté de Médecine de Paris

Nous lui devons une reconnaissance toute particulière pour la confiance qu'il nous a accordée ; il fut pour nous un ami presque autant qu'un maître.

MENSTRUATION ET TUBERCULOSE

INTRODUCTION

C'est auprès d'un maître savant et vénéré, le Dr Sabourin de Durtol, que nous avons appris à connaître la tuberculose humaine, ses localisations viscérales, son retentissement sur les diverses fonctions de l'organisme. Parmi celles-ci, il en est une qui, chez la femme, au cours de l'infection tuberculeuse, subit des épreuves dont il importe d'étudier les caractères, la valeur séméiologique et la signification.

Mécanisme de la menstruation. Historique. — Le rôle de la menstruation comme son mécanisme sont assez mal connus. On a cru longtemps que l'hémorragie cataméniale permettait aux femmes de se libérer d'un excès de sang lorsque cette pléthore n'était pas utilisée au cours de la gestation.

Puis on en a fait un exutoire. A partir de 1830, des travaux anatomiques ont mis en évidence l'ovulation périodique et ont permis de rattacher ces deux phénomènes : ovulation et menstruation.

Périodiquement les follicules de de Graaf arrivent

à maturité, se rompent et une hémorragie consécutive a lieu.

Celle-ci n'étant qu'un épiphénomène de la ponte ovulaire menstruelle.

Dans l'ovaire, comme dans l'utérus, il s'opère un travail physiologique qui se termine par une hémorragie.

Les règles, hémorragie utérine, résultent d'une congestion par sympathie.

« Le travail de l'ovaire est l'acte initial auquel se lient par synergie la turgescence de l'utérus et l'écoulement sanguin (Sacquenevier). »

On a été amené à penser que la congestion utérine était la mise en œuvre des forces de la nature pour préparer la nidation de l'œuf.

L'hémorragie témoignerait en quelque sorte de la déception de la muqueuse non utilisée (Vignes).

Pour Jacobi (1885) la muqueuse utérine accumule des réserves pour le fœtus, si celui-ci ne vient pas à les utiliser la muqueuse grossit et par pression réciproque se nécrose et tombe d'où menstruation.

Mac Ilroy (1913) pense que la sécrétion interne de l'ovaire détermine une hémorragie et une desquamation de la muqueuse qui est chargée des produits devenus inutiles quand il n'y a pas eu nidation.

Pour Pinard la menstruation n'est pas une fonction, c'est un accident. C'est l'hémorragie banale qui succède à l'avortement de l'ovule. « La femme à l'état de nature, la femme saine ne devrait jamais être réglée. Elle a ses règles parce que l'ovule qu'elle a

pondu n'a pas été fécondé et qu'un autre arrive périodiquement selon le rythme harmonieux de la maturité. »

L'hémorragie interne est donc une forme avortée de la fonction de reproduction. Elle est en rapport avec une reproduction manquée.

Les réserves spécialisées pour assurer le développement de l'embryon se séparent de l'organisme féminin, comme se séparent l'une de l'autre les deux moitiés d'un protozoaire.

Il s'agirait donc là d'une véritable fonction, c'est un avortement ovulaire mais c'est aussi un avortement chimique.

Bien des faits nous montrent aussi la menstruation comme une fonction bienfaisante comme une saignée thérapeutique jouant un rôle de désintoxication. Velpeau en fait une fonction excrétoire. Tarnes se range à cette opinion.

La désintoxication menstruelle est bien mise en évidence dans les cas de greffe ovarienne. Les accidents disparaissent en quelques heures dès le retour des règles. Il est plus admissible d'attribuer cette disparition au rétablissement de la fonction menstruelle plutôt qu'à une mystérieuse action catalytique de l'ovaire.

Normalement l'évolution des follicules se fait d'une manière ininterrompue, sans secousses, sans provoquer aucune réaction sur l'organisme. La déhiscence de l'ovisac, seule se manifeste par des symptômes menstruels.

Le corps jaune commence à se former aussitôt après la ponte. Il augmente de volume et arrive à son plein développement au moment où apparaît l'écoulement sanguin. Il rentre en régression dès le deuxième jour.

Lorsque l'atteinte tuberculeuse entrave la maturation des ovules, retarde leur rupture, il en résulte des troubles d'intensité variable que nous allons étudier dans un premier chapitre. Nous ne pouvons dire si ces troubles sont des modes de défense de l'organisme ou s'ils sont seulement le syndrome d'une atteinte profonde.

L'aménorrhée tuberculeuse est-elle à désirer? Oui si l'hémorragie mentruelle n'est qu'un avortement. La femme tuberculeuse ne peut se permettre le luxe d'une saignée inutile et il lui sera bienfaisant de garder pour elle les réserves accumulées pour un embryon,

Non, si la menstruation est un exutoire périodique des produits toxiques de l'organisme au même titre que l'émonctoire rénal, sudorifique ou pulmonaire.

Le danger menstruel chez les tuberculeuses. — Nous ne trancherons pas la question, qu'il y ait hémorragie menstruelle ou non, la période critique n'en existe pas moins, et nous montrerons dans un deuxième chapitre comment la femme tuberculeuse supporte cette menace périodique qui exerce son despotisme parfois quinze à vingt jours par mois, laissant à la malade quelques jours de répit

pour faire face aux nouveaux assauts de la période suivante.

« Véritable épée de Damoclès », comme le disait notre maître, que le médecin voit suspendue au-dessus de ses malades tuberculeuses, tremblant de la voir après tant de secousses successives venir trancher définitivement le fil ténu qui les tient à la vie, ce sont alors des malades « tuées par leurs règles » (Sabourin).

Fort heureusement ce dénouement n'est pas de rigueur :

Nous avons assisté à la mise en œuvre, par la femme tuberculeuse, de tous ses moyens de défense et nous l'avons vu triompher de son redoutable ennemi.

Nous voulons donc résumer, dans ce travail, les troubles que la toxine tuberculeuse apporte dans l'écoulement sanguin et d'autre part les retentissements amenés dans l'économie tuberculeuse par ce phénomène périodique.

Nous rendons un hommage respectueux et affectueusement reconnaissant à notre maître le Dr Sabourin qui, par ses investigations inlassables et la prodigalité de son enseignement, nous permet d'édifier ce travail, tout heureux si nous avons pu être un porte-voix fidèle.

CHAPITRE PREMIER

INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE SUR L'ÉCOULEMENT SANGUIN

La tuberculose est une maladie infectieuse

Les troubles de la santé générale ont un retentissement très marqué sur les fonctions menstruelles.

Pendant les périodes aiguës des maladies infectieuses : grippe, fièvre typhoïde, scarlatine, et surtout pendant la convalescence, les règles sont suspendues, ne réapparaissant que deux ou trois mois après, lorsque l'organisme a reconquis son équilibre habituel.

A bien plus fortes raisons, un état infectieux et chronique à tendances cachectisantes, comme celui de la tuberculose pulmonaire, doit-il retentir sur la sphère génitale.

Troubles menstruels

Brierre de Boismont, dans son *Traité de la menstruation* « dans ses rapports physiologiques et pathologiques », sur une série de 47 observations trouve

34 femmes complètement aménorrhéiques, 10 irrégulièrement réglées, une souffrant de ménorrhagies et deux seulement ayant conservé leurs règles régulières, ce qui fait une moyenne de 4 o/o environ, mais cette statistique porte sur les tuberculeuses d'une salle d'hôpital, c'est-à-dire sur des cas assez avancés.

Nous allons étudier ces troubles menstruels non seulement dans les cas sérieux, mais aussi dans les cas de tuberculose latente dans lesquels ces troubles deviennent des facteurs de probabilité permettant de dépister le mal à son début, à la période dite prétuberculeuse, c'est-à-dire à la période où l'organisme infecté de façon bénigne est encore capable de résister efficacement et de guérir.

Puberté précoce

La première manifestation de cette action nocive de la toxine bacillaire se traduit dès la puberté, soit en la rendant précoce, soit en la retardant.

On croit encore dans le public qu'une fillette qui voit ses règles pour la première fois vers dix ou onze ans est une petite femme précoce ayant un surcroît de vitalité.

Dans nos climats la femme doit être réglée entre treize et quatorze ans.

Hollos nous offre une statistique portant sur 350 femmes.

46 femmes virent leurs premières règles avant treize ans, parmi celles-ci 15 de dix à onze ans.

Hollos les considère comme suspectes de bacillose latente.

OBSERVATION I (Baumel)

Baumel de Montpellier cite, dans un article du *Journa des Praticiens* (novembre 1911), le cas d'une sourde-muette âgée de douze ans, d'une taille supérieure à celle de son âge, qui tousse et crache beaucoup depuis un an. En mars 1910, une hémoptysie assez abondante coïncide avec les premières règles de la fillette.

Depuis, chaque règle amène une hémoptysie et Baumel ajoute : « il est prématuré de voir la menstruation apparaître dans nos régions, à l'âge de onze ans, et la précocité de cette fonction me paraît devoir présenter un rapport certain avec le développement rapide de cette tuberculose pulmonaire. »

Puberté tardive

Communément, la jeune fille qui arrive vers ses quinze ou dix-huit ans sans avoir doublé le cap de la puberté, donne de sérieuses inquiétudes à sa famille. On a épuisé la série des médications habituellement dirigées contre l'anémie ou la chloro-anémie. Les pâles couleurs persistent malgré tout et la menstruation ne s'établit pas. On soupçonne vaguement la tuberculose d'être sous roche. On va consulter le

médecin spécialisé pour les maladies de poitrine, parfois en revenant de chez le neurologiste.

La plupart de ces jeunes filles qu'on nous amène parce qu'elles n'ont point leurs règles se présentent à nous avec un développement insuffisant de la taille, une gracilité excessive du thorax, du bassin. Les artères sont de petit calibre. Il y a là tout un ensemble d'infantilisme qui traduit une dystrophie plus ou moins accentuée de l'appareil utéro-ovarien : une dégénérescence scléro-kystique ou aplasie primitive des organes, influencés désagréablement à un moment ou à un autre de leur développement par la toxine nocive.

Bien souvent, pas de signes physiques à l'auscultation du poumon ; mais interrogeons les antécédents, ceux-ci révèlent tantôt une pleurésie, tantôt une histoire d'adénite bacillaire ou bien des crises d'asthme ou encore des bronchites fréquentes et il n'est pas difficile de découvrir des antécédents familiaux plus affirmatifs : père, mère ou frère franchement tuberculeux.

Chez ces retardataires, Hollos applique le traitement tuberculeux. En même temps qu'un relèvement de l'état général les premières règles apparaissent. Elles peuvent s'établir d'emblées régulières, non douloureuses.

Sans traitement spécifique les règles arrivent bien plus tardivement, elles sont d'emblée dysménorrhéique, puis deviennent normales quand l'isotoxine de

Spengler a agi. La tuberculose est donc bien la véritable étiologie de ces pubertés tardives.

Aménorrhées

A côté de ces admissibles à la tuberculose, il y a les lauréates invétérées, soit contaminées dans le jeune âge, soit victimes toutes récentes d'une bacillose à marche forcée qui arrive sans étapes au ramollissement caséeux.

Voici quelques observations extraites d'un article de Mlle de Jong.

OBSERVATION II (de Jong)

Vingt-deux ans.

Mère tuberculeuse. Deux sœurs malades (?)

Adénite cervicale pendant l'enfance. Fièvre typhoïde vers douze ans, tousse beaucoup depuis l'âge de dix ans.

Ne peut plus travailler depuis dix mois.

Dans le poumon, signes cavitaires au sommet droit, signes de ramollissement au sommet gauche.

Cœur normal.

Anorexie, toux émétisante, vomissements, diarrhée.

La malade a été réglée *deux fois*.

La première fois à dix-sept ans, a perdu pendant quatre jours.

La deuxième fois à dix-neuf ans, a perdu pendant trois jours ; elle n'a souffert que la première fois.

Pas de leucorrhée.

Toucher vaginal : col petit et fermé, utérus petit, culs-de-sac souples. Facies pâle, pommettes rouges, 38 degrés à l'entrée.

La malade meurt apyrétique dix jours après son entrée.

OBSERVATION III (De Jong)

Seize ans.

Scarlatine et bronchite dans l'enfance. Depuis trois mois : toux et altération de l'état général.

L'examen du poumon décèle des signes cavitaires bilatéraux.

Le cœur est normal.

Pas de troubles digestifs.

La malade a été réglée *une seule fois*, en février 1912.

Elle entre à l'hôpital en novembre 1912.

Mauvais état général, pâleurs, température à grandes oscillations.

Mort le 22 décembre.

OBSERVATION IV (De Jong)

Vingt ans.

Mère morte poitrinaire.

Adénite cervicale dans l'enfance.

Erésypèle de la face à dix-sept ans.

Tousse depuis plusieurs années.

Pas d'hémoptysies.

Depuis trois mois : aggravation.

Dyspnée d'effort, anorexie.

L'examen du poumon révèle des signes cavitaires bilatéraux.

Cœur normal.

Anorexie, ni vomissements, ni diarrhée.

La malade a été réglée deux fois.

La première fois à quatorze ans. La perte a duré un jour ; elle a été peu abondante.

La deuxième fois à seize ans.

Elle a eu de la leucorrhée qui n'existe plus.

OBSERVATION V (De Jong)

Vingt-cinq ans.

Bronchites fréquentes dans l'enfance, signes cavitaires au sommet droit.

Réglée à quinze ans, irrégulièrement, l'écoulement avait une durée de trois à quatre jours.

Deux accouchements :

Le premier à vingt-trois ans : garçon vivant.

Le deuxième à vingt-quatre ans : fillette morte à quatre mois.

Depuis cet accouchement, un an avant l'entrée à l'hôpital, aménorrhée.

OBSERVATION VI (De Jong)

Trente et un ans.

Fièvre typhoïde à huit ans.

Mari mort de tuberculose.

Malade depuis trois ans. Amaigrissement ; améliorée après un séjour à la campagne. En juillet : œdème des membres inférieurs. Albuminurie. Entre à l'hôpital. Hémoptysie en août. A l'examen du poumon on trouve des signes de ramollissement bilatéraux au sommet.

Diarrhée rebelle.

Cœur normal.

Premières règles à onze ans, régulières, de trois jours de durée.

Cinq grossesses.

Dix-neuf mois d'aménorrhée.

Depuis leucorrhée.

Aucun trouble pendant les périodes où la malade devrait être menstruée.

OBSERVATION VII (De Jong)

Trente-deux ans.

Pleurésie droite il y a sept ans.

Plusieurs hémoptysies depuis six ans, souvent au moment des règles.

Toux et points de côté depuis sept ans.

Premier séjour à l'hôpital en mars pour hémoptysie. Entrée à l'hôpital en mai pour une nouvelle hémoptysie. Décès en juin.

Examen du poumon : signes de ramollissement bilatéraux Laryngite. Appétit conservé, pas de troubles digestifs.

Premières *règles à quinze ans*. Régulières jusqu'au mois d'avril où elles ont un retard de vingt jours.

Trois accouchements à terme : A dix-huit ans, à vingt et un ans et à vingt-quatre ans.

Leucorrhée surtout pendant la période menstruelle. Amaigrissement, sueurs nocturnes depuis un mois, température à grandes oscillations.

OBSERVATION VIII (De Jong)

Quarante-quatre ans.

Tousse depuis deux ans.

Signes de ramollissement du sommet droit. Cœur normal.

Premières règles à vingt-cinq ou vingt-six ans. Irrégulières, peu fréquentes, indolores. Pas de leucorrhée. Pas de grossesse. Aménorrhée depuis deux ans. Ces observations mettent en évidence la relation étroite qui existe entre la tuberculose avancée et l'aménorrhée de durée variable qui précède la mort.

Dans nos hôpitaux, ces signes ne manquent jamais.

L'aménorrhée est beaucoup plus rare dans les sanatoriums.

Voyons ce qu'est l'aménorrhée :

L'époque habituelle de la menstruation arrive, et aucun écoulement sanguin ne se produit. Une simple leucorrhée apparaît, des mucosités striées de sang tachent le linge. Quelques-uns des malaises habituels pendant les époques précédentes. Parfois aucun phénomène objectif ni subjectif n'apparaît et rien ne témoigne la fonction absente, bien plus souvent nos

tuberculeuses présentent des troubles portant soit sur les voies digestives, diarrhée menstruelle des ptisiques, soit sur le système nerveux, mais surtout sur l'appareil circulatoire et pulmonaire : comme nous le verrons dans le deuxième chapitre de ce travail. Ces troubles s'atténuent au fur et à mesure que l'aménorrhée tend à devenir définitive, laissant le champ libre aux méfaits de la cachexie tuberculeuse progressive. Ils persistent, au contraire, tant que la malade est en voie de reconquérir ses règles, retardant ainsi le retour à la guérison.

Insuffisance menstruelle

Cette aménorrhée complète peut être transitoire et faire place à, ou être précédée par une autre modalité d'insuffisance menstruelle.

La femme épuisée par la tuberculose chronique ne parvient pas à parfaire l'évolution de ses follicules de de Graaf. Le flux sanguin est insignifiant, se montrant pendant quelques heures pendant un jour, deux jours au plus, ou bien se réduisant à un simple suintement qui tache à peine le linge et qui se produit pendant trois ou quatre jours.

Les femmes évitent de se garnir craignant d'entraver cette ébauche de menstruation. C'est la stérilité presque fatale et ceci vaut mieux.

Irrégularités

Ou bien le flux sanguin apparaît capricieusement sans aucune périodicité avec par exemple cinq où vingt jours de retard, ou bien au contraire avec quinze jours d'avance ; ce qui fait deux menstruations dans le même mois. Tantôt l'irrégularité ne porte pas seulement sur le rythme de la menstruation mais sur l'abondance et la durée de l'écoulement en même temps que sur les symptômes qui l'accompagnent : les règles étant plus abondantes ou plus rares et souvent plus douloureuses que de coutume.

Ménorragies

Les ménorragies sont rares chez la femme tuberculeuse. Nous en avons vu cependant qui nous confiaient être dans l'obligation absolue de se changer toutes les heures sous crainte de tout traverser malgré une protection importante. De telles débâcles épuisent ces malades et sont d'un pronostic grave.

Voici une observation tirée encore de l'ouvrage de Mlle de Jong.

OBSERVATION IX (De Jong).

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, disant avoir toujours été en bonne santé. Le 3 juin, elle est prise d'une dysp-

née très vive. Elle entre à l'hôpital le 19 juin, respirant très difficilement.

L'examen du poumon révèle l'existence de râles fins aux deux sommets et des râles disséminés dans toute la poitrine. Une hémoptysie survient dès l'entrée et dure du 19 au 23 juin. Le décès a lieu le 6 juillet. Les trois derniers jours dyspnée intense.

Les premières règles eurent lieu à onze ans, régulières, d'une durée de dix jours par mois. Depuis l'âge de vingt-trois ans, les règles sont plus fréquentes et leur durée est encore plus longue. Depuis trois ans la malade a des pertes rouges à peu près deux fois par mois ; elles durent deux jours.

La malade a perdu, pendant son séjour à l'hôpital du 22 au 25 juin, du 25 au 27 juin ; la température est voisine de 40 degrés.

Les 2, 4 et 5 juillet, elle s'abaisse progressivement jusqu'à la mort.

L'autopsie révèle une granulie massive généralisée au poumon droit avec adhérences pleuro-costales. Au poumon gauche : au niveau du lobe supérieur tubercules crétacés et quelques tubercules caséeux. Pas de tuberculose au niveau des autres organes.

Utérus congestionné, deux petits fibromes pédiculés et un fibrome sous-péritonéal du volume d'une petite mandarine. On s'est demandé si cette faculté de faire des fibromes utérins et de vieux tubercules crétacés n'était qu'une simple coïncidence ou s'il s'agissait d'un terrain particulièrement apte à former du tissu conjonctif.

Nous ne répondrons pas à cette question.

Dysménorrhée. — La dysménorrhée si fréquente chez les tuberculeuses se traduit par des tiraillements, des douleurs dans les reins avec sensation de pesanteur dans les fosses iliaques, annonçant le flux menstruel. En même temps tout un cortège de troubles réflexes se déclanche, maux de tête, migraines, nausées, vomissements avec grande irritabilité nerveuse. Ces malaises augmentent : des douleurs aiguës se localisent au niveau de l'ovaire. Nous avons vu des malades se tordre et gémir, appuyant avec la main sur la région douloureuse de l'abdomen, et un doigt sur l'ovaire, l'une d'elles nous dit un jour : « oh ! je sais bien où il est, mon ovaire » elle ne se trompait pas en effet, souffrant exclusivement sur un point qui n'avait pas plus de 1 centimètre carré de surface. Chez d'autres au contraire, les douleurs s'étendent peu à peu à la totalité de l'abdomen qui devient dur, météorisé et supporte à peine un léger contact. Ces phénomènes de péritonisme s'accentuent, provoquent des nausées, des vomissements, des besoins fréquents d'uriner, de la diarrhée impérieuse allant jusqu'à l'incontinence pendant l'acmé de la crise ou plus rarement des contractions spasmodiques de l'intestin entraînant une constipation absolue. Les malades sont affolées par la douleur, s'agitent, se déplacent dans tous les sens, se couchent, s'asseoient, se livrent à des contorsions bizarres, véritables gymnastiques des membres inférieurs, comme si les changements d'attitude devaient leur procurer un peu de soulagement. Tantôt la

crise est unique, continue, les douleurs conservant toute leur acuité depuis le début et cessant dès l'apparition de l'écoulement sanguin qui semble représenter un accouchement laissant la femme épuisée, tomber dans un profond sommeil avec une sensation de bien-être extrême. Tantôt ces crises procèdent par poussées congestives, se renouvelant plusieurs fois dans la même journée. Parfois les malaises persistent un ou deux jours, et ne disparaissent que peu à peu.

Statistique de Hollos. — Sous l'influence d'un relèvement de la santé générale on peut voir la dysménorrhée s'atténuer, disparaître peu à peu et les fonctions ovariennes reprendre un cours presque normal.

Sur 350 femmes suspectes, Hollos en rapporte 270 dysménorrhéïques.

138 le furent dès le début.

122 le furent une ou plusieurs années après la première menstruation.

64 furent aménorrhéïques de deux mois à deux ans et demi et même quatre ans.

Sur 187 de ces femmes, Hollos fait un traitement tuberculin.

126 ont guéri, parmi celles-ci il en note qui guérirent pendant quatre ans, puis une nouvelle attaque de dysménorrhée survenant, un nouveau traitement spécifique amenait la guérison.

Hollos fait remarquer ce fait intéressant que dans certains cas les premières règles, qui suivirent

le traitement spécifique, furent plus douloureuses qu'elles n'avaient jamais été. Il s'agit là d'une réaction locale au traitement spécifique, réaction fugace, puis tout rentrait dans l'ordre.

Dans 12 cas, des femmes réglées de seize à vingt ans ayant suivi le traitement, virent leurs règles s'installer régulièrement sans jamais souffrir, la dysménorrhée ayant été jugulée avant son éclosion.

Tous ces troubles menstruels ne correspondent pas nécessairement à une déchéance organique.

Nous avons vu des femmes d'apparence robuste ayant même une tendance à l'obésité, se plaindre cependant de troubles dysménorrhéïques.

Chez celles-là nous trouvons toujours soit des signes de bronchite localisée au sommet, soit une respiration emphysémateuse. L'écran radioscopique révèle un sommet obscur, des traînées ganglionnaires dans la région hilaire. Chez ces malades la tuberculose n'avait fait ses premiers dégâts qu'après la puberté mais l'appareil génital n'en ressentait pas moins le contre-coup.

Anatomie pathologique. — Quel est le substratum anatomique de ces désordres ?

Il ne s'agit que très rarement de lésions caséeuses de l'ovaire, Mlle de Jong ne l'a vérifié qu'une fois sur 20 examens de femmes tuberculeuses.

Louis accuse la tuberculose des ovaires une fois sur 66.

Cornil cite un cas sur 50.

Il s'agit d'ailleurs non de tuberculose ovarienne

primitive, mais secondaire à une tuberculose des trompes ou du péritoine.

Le plus souvent il n'y a pas de base anatomique expliquant ces troubles de la sphère génitale. La vraie cause est lointaine, elle est là où sont élaborées les toxines bacillaires.

Les lésions sont banales.

Landouzy (dans son rapport à la XIe conférence internationale contre la tuberculose) relève un processus dystrophique sclérogène.

Le Dr Siredey assure « qu'en même temps que la sclérose atrophique ou la dégénérescence sclérokystique des ovaires, il existe une dystrophie sclé-reuse de la plupart des glandes endocrines : thyroïde, hypophyse, surrénales. »

Dans tous les cas d'absence de règles, il y a absence des corps jaunes de menstruation.

Pour Poncet et Leriche (tuberculose inflammatoire) la transformation scléro-kystique est très fréquente mais elle n'appartient pas exclusivement à la tuberculose, elle est due quelquefois à l'hérédosyphilis et à diverses autres infections.

CHAPITRE II

RÉPERCUSSIONS A DISTANCE DU MOLIMEN MENSTRUEL SUR L'ORGANISME TUBERCULEUX

Ovulation. — La rupture du follicule de de Graaf et la ponte ovulaire s'accompagnent de sécrétions endocriniques provenant du corps jaune, qui sont résorbées par le sang et passent dans le torrent circulatoire. L'organisme tend à se débarrasser de ces produits anormaux, toxiques, par le flux menstruel.

Celui-ci survient de dix à quatorze jours après les phénomènes de l'ovulation et se reproduit chez la femme normale en moyenne tous les vingt-huit jours, de la puberté à la ménopause.

La quantité de sang perdue est généralement minime. D'après les recherches de Hope Seyler, elle oscillerait autour de 200 grammes. Ce n'est donc pas cette perte minime qui détermine les troubles de cette période critique.

Les sécrétions endocriniques de l'ovaire lancées dans la circulation entraînent toute une série de modifications de la crase sanguine.

Modifications de la crase sanguine. — Carnot et Deflandre ont procédé à la numération globulaire pendant plusieurs cycles menstruels. Ces auteurs ont noté une baisse rapide des érythrocytes qui peut aller jusqu'à un million au début des règles. Après leur cessation, il y a une réascension progressive qui met dix jours environ pour atteindre la normale.

Par contre le nombre de leucocytes est augmenté ; il y a en même temps une modification de la formule leucocytaire : polynucléose et petite lymphocytose. Ceci avant les règles.

Pendant la menstruation augmentation de gros mononucléaires et légère éosinophilie terminale. Absolument comme s'il s'agissait d'une intoxication, l'arrivée des règles mettant fin à cette intoxication. Dans toute infection et en particulier dans la tuberculose, cette réaction hémo-leucocytaire sera exaltée.

Cette réaction se produit même en cas d'aménorrhée au moment présumé des règles. Elle est donc bien liée à l'ovulation et non à la saignée menstruelle.

Pour certains auteurs (Hope Seyler) le taux de l'hémoglobine baisse pendant la menstruation de 1 à 2 o/o, pour d'autres la courbe de l'hémoglobine ne suit pas celle des érythrocytes et reste au même taux.

Selon Marbé, il y aurait dans la période qui annonce les règles une hypoglobulie liée à l'hypoo-

varie de ce stade, puis pendant la période menstruelle elle-même, une hyperglobulie procréée pour ainsi dire par une hypérovarie.

On pourrait faire également des courbes relatives à l'élimination du fer, au poids spécifique du sang, à la teneur en albuminoïdes du sérum, à l'alcalinité du sang, etc.

Du côté des urines la quantité d'urée augmente avant les règles.

La pression artérielle augmente les premiers jours de 1 à 2 centimètres puis s'abaisse brusquement de 1, 2, 3 centimètres.

Elle ne redevient normale que trois jours plus tard quelle que soit la quantité du sang émise.

Il y aurait d'après Bezançon synergie fonctionnelle entre le corps jaune et la glande thyroïde. Celle-ci s'hypertrophie, chez certaines femmes plusieurs jours avant l'apparition des règles. Très riche en arsenic cette glande s'en décharge par le sang des règles. Celui-ci en contient de 28 à 33 dixièmes de milligramme par kilog. de sang, alors que le sang normal n'en renferme que des traces. Il en est de même de l'iode. L'iode, véritable agent minéral du corps thyroïde, est quatre fois plus abondant dans le sang des règles que dans le sang normal. Il y a donc élimination par le sang menstruel des principes d'origine tyroïdienne.

L'altération du corps thyroïde si fréquente chez les tuberculeuses pourrait jouer un rôle dans les phénomènes d'instabilité thermique, dans les troubles

toxiques de la période menstruelle et dans ses tendances au réveil des lésions tuberculeuses.

Nous ne pouvons pas nous attarder sur ces recherches en le regrettant d'ailleurs. Nous voulons seulement rappeler que l'hémorragie menstruelle n'est pas une hémorragie banale, une épistaxis utérine ; elle est une extériorisation des phénomènes intimes qui viennent rompre l'équilibre de l'économie sans que nous en ayons conscience chez l'individu normal, mais qui chez la femme tuberculeuse prennent le caractère d'un profond retentissement.

Fièvre prémenstruelle historique. — En Allemagne c'est Turban qui, le premier en 1899 en parlant des symptômes de la tuberculose latente, signale la poussée fébrile chez une jeune fille présentant des lésions bilatérales légères au sommet d'un poumon.

Habituellement apyrétique cette jeune fille présenta à trois époques successives une élévation thermique allant jusqu'à 39 degrés de trois à cinq jours avant l'apparition des règles.

Cet auteur signale que la courbe dessine « une montagne avant et une vallée après la période des règles ».

Mais c'est en France que la question a été approfondie par le Dr Sabourin.

En 1903, dans la *Revue de Médecine*, notre maître montre l'influence particulièrement désastreuse de la période menstruelle sur la marche de la tuberculose.

En 1904, Leube signale l'extraordinaire instabilité thermique, chez les bacillaires, favorisée par l'approche des règles.

Krauss, 1905, constate chez les 2/3 des tuberculeuses une élévation de température un ou deux jours avant les règles et considère cette fièvre prémenstruelle comme un excellent moyen de diagnostic si difficile au début.

Jessen, 1905, prétend qu'un léger écart de température, 0°5 à 0°7, pendant la période prémenstruelle est d'un début de bacillose.

Daremberg, puis Sabourin étudièrent à nouveau la fâcheuse influence de ce symptôme au point de vue pronostic.

De nombreuses observations de Giles montrent que la température est minima au milieu de la période intercalaire et qu'elle a un maximum deux jours avant la menstruation.

Mlle Francillon conclut d'après ses observations personnelles que les élévations thermiques sont dues à une affection chronique latente, le plus souvent à la tuberculose.

Riebold publie les courbes de température de 2.000 malades observées pendant deux ans, 87 femmes ont une augmentation de 1/2 degré les trois jours qui précèdent les règles.

Sur ces 87 femmes, 37 sont tuberculeuses, les autres sont des convalescentes, des nerveuses, des utérines, des tabétiques, des cancéreuses, il y aurait

donc une fièvres prémenstruelle chez des femmes non tuberculeuses.

Il n'en reste pas moins que la vicariance cataméniale exerce chez les tuberculeuses une influence manifeste... influence nocive momentanée ou durable parfois mortelle ainsi que nous allons le montrer.

Bien peu de bacillaires, si légères que soient leurs lésions, échappent à ces accès d'instabilité thermique précédant les règles.

Modalités. — Fièvres bénignes. — Il peut y avoir un simple relèvement de la courbe thermométrique : quelques dixièmes de degré à peine chez des tuberculeuses apyrétiques dans l'intervalle des règles pour qui cette élévation est une surprise. Elle n'est révélée que lorsque la prise de la température est devenue systématiquement bi-quotidienne.

Ce léger excès thermique dure environ trois jours puis disparait dès que le sang fait son apparition.

Dans d'autres cas plus sévères la température s'élève jusqu'à 38,39 et même 40 degrés ; il peut y avoir ascension brusque, on dit alors qu'il y a une courbe en clocher.

Voici une observation empruntée à Sabourin (Fièvre menstruelle chez les Phtisiques).

Une jeune femme fébrile d'ordinaire gardant le lit (37°2, 37°8) est toujours fatiguée par ses règles qui s'accompagnent en général de poussées d'humidité pleurale et pulmonaire avec fièvre plus intense. A l'une de ses époques, avec quelques jours de retard probablement, elle est prise subite-

ment vers midi de frissons et d'un point de côté violent.

Le thermomètre monte à 40 degrés à 6 heures du soir. A minuit le flux cataménial s'établit avec de grands malaises généraux et de violentes coliques hypogastriques, le calme revient, et au réveil la température était de 37°6, seulement la fluxion pulmonaire s'était évanouie aussi subitement qu'elle était apparue.

Tantôt il y a pendant trois à quatre jours une fièvre légèrement rémittente suivie de défervescence brusque dès l'apparition du flux sanguin, tantôt au contraire la température s'élève progressivement pendant six à sept jours, jusqu'au moment des règles, puis redescend en lysis et ne revient à la normale qu'après la cessation complète des règles.

OBSERVATION XI (Sabourin)

Une jeune femme portant depuis des années une grave lésion pulmonaire (cavernes juxta-scissurale du lobe supérieur gauche, avec enveloppement pleurétique de tout le lobe inférieur) offre une courbe de température peu ordinaire.

Tous les mois grandes ascensions de fièvres menstruelle durant huit, dix, douze à quinze jours avec périodes intercalaires de 36°4 à 37 degrés. Règles toujours parfaites.

A l'une de ces époques, après trois jours d'ascension régulière, le thermomètre atteint 39 degrés, reste à ce degré le lendemain matin, mais au lieu de simples phénomènes congestifs qu'elle présente tous les mois dans son poumon gauche, la malade se plaint d'une dyspnée énorme, la toux est incessante, l'agitation pénible, la face vultueuse, la cour-

bature est générale et le thermomètre monte à 40°2, à 5 heures du soir. A midi dans une violente quinte de toux, elle rend avec un crachat sanglant un caillot pulmonaire ramifié comme une petite branche de corail de 5 millimètres de long.

Quelques heures plus tard les règles font irruption brusquement, la moiteur couvre bientôt tout le corps, le bien-être reparaît et la température tombe à 37°4 le matin.

Les règles durent plusieurs jours comme d'habitude pendant lesquels la malade rend des crachats briquetés et la fièvre disparaît totalement.

Le plus souvent la température reste supérieure à la température intermenstruelle pendant une durée de quinze à dix-huit jours.

Puis à peine la courbe normale est-elle atteinte le thermomètre remonte annonçant un autre accès menstruel.

Chez les malades fébricitantes, la fièvre s'exacerbe au moment des règles pour ne redescendre que lentement les jours suivants.

Un cas curieux est celui d'une période apyrétique pendant les règles alors que pendant les périodes prémenstruelles et intermenstruelles la température est très élevée.

Noncher cite le cas d'une femme de trente ans réglée irrégulièrement. La température n'est pas très élevée, elle oscille entre 37°5 e t37°8, n'augmente pas avant les règles, mais tombe à 37°2 et 37°5 dès qu'apparaît le flux sanguin, puis elle se relève pour rester élevée jusqu'aux règles suivantes.

Chez la même personne la forme des accès peut

être variable d'une époque à l'autre mais le plus souvent les types de fièvres menstruelles sont presque rigoureusement superposables.

Statistique. — Riebold a pu observer 38 malades tuberculeuses et 56 périodes menstruelles.

La température commença à s'élever :

Dans 15 cas : trois jours avant les règles.

» 16 » deux » » » »

» 19 » un » » » »

» 6 » le premier jour des règles.

Dans 39 périodes menstruelles la température ne dépassa pas 38 degrés.

Il s'agissait dix-sept fois de tuberculeuses à la première période.

Il s'agissait seize fois de tuberculeuses à la deuxième période.

Il s'agissait six fois de tuberculeuses à la troisième période.

Onze fois seulement Riebold a constaté des températures de 39 degrés.

Cinq fois à la première période.

Six fois à la deuxième période.

Six fois la température fut de 40 degrés.

Trois fois à la première période.

Une fois à la deuxième période.

Deux fois à la troisième période.

Quand la température ne dépasse pas 38 degrés, Riebold ne trouve pas de relations exactes entre la fièvre et l'exacerbation des phénomènes thoraciques.

Au contraire, pour les températures de 39 et 40 de-

grés il y a une aggravation momentanée ou durable des symptômes pulmonaires.

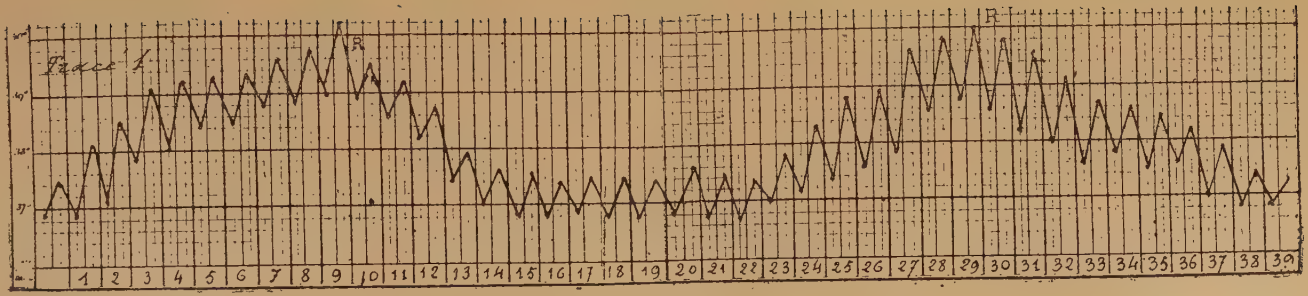
Fièvres graves. — Les malades qui arrivent à perdre leurs règles présentent cependant des crises menstruelles fébriles. Celles-ci peuvent bouleverser tellement la modalité de la phtisie que celle-ci revêt une physionomie toute spéciale que Sabourin désigne sous le nom de « phtisie pulmonaire à forme menstruelle ».

Nous empruntons à cet article trois belles observations démonstratives que nous reproduisons textuellement.

OBSERVATION XII (de Sabourin)

Femme de quarante ans, vieille tuberculeuse de plusieurs années, devenue pneumonique il y a quinze mois, et caverneuse à la suite. Elle était toujours bien réglée autrefois. Elle porte une lésion bénigne de son sommet droit, mais présente à gauche une caverne pneumonique du lobe supérieur, perceptible en avant dans le deuxième espace, avec pot fêlé intermittent, et donnant lieu en arrière à l'écharpe pleurétique scissurale, comme il est si fréquent.

Au cœur, souffle mitral organique non douteux, varices des membres inférieurs avec attaque de phlébite, il a trois ans ; face un peu congestive, couperosée, malgré une sobriété ordinaire ; pouls régulier, sans tachycardie spéciale ; se plaint souvent de son cœur, ou mieux de sa région cardiaque, et d'une certaine dyspnée. Etant donnée la compensation satisfaisante de la lésion mitrale, ces deux symptômes sont aussi


Face 1
R
R
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39

bien attribuables à la pleurite médiastinique et péricardique qu'au cœur lui-même.

Depuis qu'elle est sortie de la phase fébrile continue de sa pneumonie, il y a neuf ou dix mois elle fait entre ses époques menstruelles une courbe thermométrique de 36°8-37°5 en moyenne. Les règles revenaient d'abord tous les mois, parfois en avance de deux ou trois jours, avec fièvre durant la semaine environ, avec grands malaises tout le temps de la crise, et la malade retrouvait un état local et général très satisfaisant dans la période intercalaire de vingt jours à peu près.

Peu à peu les époques se rapprochèrent, les crises de fébriles devenant plus longues s'accompagnant de congestion intense dans presque tout le poumon gauche, d'expectoration énorme quelquefois hémoptoïque, d'essoufflements pénibles, lui interdisant de rester levée sans que rien d'ailleurs indiquât l'insuffisance cardiaque spéciale à ce moment.

Puis elle n'eût plus guère qu'une semaine de tranquillité relative par mois, lui permettant de se lever, de sortir, un peu pendant quelques jours C'est alors que nous l'observons pendant quelques mois. Aux deux premières périodes menstruelles nous pouvons confirmer l'exactitude de ce que la malade nous dit exister depuis une dizaine de mois. Huit jours environ avant les règles la fièvre monte graduellement pour atteindre 40 degrés et plus. L'écoulement sanguin arrive, et rapidement le thermomètre descend avec la même régularité jusqu'au quatorzième et quinzième jour.

Règles peu abondantes d'ailleurs. La période intercalaire dure huit jours, à peine juste le temps de décongestionner en partie le poumon, laissant la malade de plus en plus fatiguée

et ne se levant que quelques heures dans la journée, malgré son apyrexie relative. Puis le septième ou huitième jour la crise fébrile reparaît, reproduisant la même courbe.

Le troisième mois de notre observation, la fièvre menstruelle fut la même mais les règles marquèrent à peine. Le quatrième mois, elles ne paraissent point et la malade ne les vit plus par la suite. Les dernières crises, *frustes* que nous observâmes étaient identiques comme courbe de température. C'est à peine si un petit saignement de nez ou quelques crachats hémoptoïques marquaient l'acmé fébrile comme le faisaient les règles depuis des mois. Cette disparition des époques ne modifia en rien d'ailleurs l'état du poumon, au moins de façon sérieuse ou rapide. Pendant une série de mois encore la malade congestionna régulièrement son côté gauche durant quinze jours, le décongestionna pendant une semaine sans complication brutale. Mais quelques mois encore, et elle succomba dans le marasme général, terminaison trop explicable si l'on considère la gravité de la lésion des poumons et des plèvres, l'état du cœur, et l'alimentation depuis longtemps insuffisante. Elle avait, somme toute, présenté les accidents menstruels pendant dix-huit mois environ.

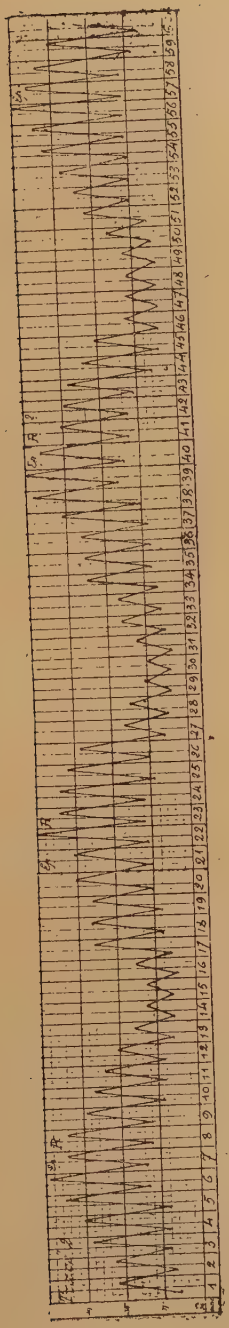
« Cette observation, concernant une femme parvenue aux environs de la ménopause, on peut du moins le supposer, se relie facilement au cas de fièvre menstruelle plus ou moins frustes que nous avons décrits antérieurement. Il n'en faudrait pas d'emblée conclure que chez elle la ménopause était en jeu. Car la forme menstruelle de la phtisie se voit aussi bien chez les jeunes femmes et les jeunes filles » (Sabourin).

OBSERVATION XIII (Sabourin)

Non moins remarquable par la succession rapide, subintrante des crises menstruelles et par la brusque durée de la maladie ainsi constituée. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, de belle santé apparente, sans maladies antérieures sérieuses, sans autre tare manifeste qu'un léger souffle mitral datant vraisemblablement de la croissance, qui, pendant le cours d'une tuberculose fit une violente pleuro-pneumonie juxta-scissurale gauche, bientôt transformée en caverne amphoro-métallique. Dès que le nettoyage de la lésion fut effectué, la fièvre, continue jusque-là, suivit la courbe de 37°2, 39 degrés puis 36°8, 37°5 et enfin 36°5, 37°2, à l'état de repos complet des lésions pulmonaires, grâce à une cure sévère de repos et de grand air. La belle mine, l'embonpoint relatif avaient succédé à l'amaigrissement de la phase aiguë pneumonique.

Mais les périodes menstruelles s'accompagnaient toujours d'une fièvre intense dont la durée s'accrut graduellement, les intervalles de repos se raccourcissant d'autant ; puis les époques se rapprochèrent et enfin s'établit un état morbide qui dura dix-huit mois pour le moins et que traduit la courbe ci-jointe. Nous avons choisi, dans l'immense rouleau du graphique, la période remarquable de quatre crises menstruelles pendant laquelle se fit la disparition totale des règles.

On y voit que les accès fébriles, très classiques, d'ailleurs, dans leur forme et presque tous « superposables pendant de longs mois, durent de treize à quinze jours, séparés seulement par des pauses de cinq, quatre et quelquefois deux



jours seulement. Si l'on prend comme notification des règles le point d'acmé fébrile à douze ou vingt-quatre heures près, on constate que les époques reviennent tous les seize ou dix-huit jours, qu'il y ait menstruation réelle ou simulacre de menstruation tout simplement, ou épistaxis dite vicariante ou crachats rouges.

Enfin les règles cessèrent complètement, l'acmé fébrile ne s'accompagnant plus que de quelques gouttes de sang aux narines.

Mais jusqu'à la mort la courbe se maintint identique. Inutile de préciser que chaque crise s'accompagnait comme dans l'observation précédente de congestions intenses sur le poumon et la plèvre du côté malade, avec expectoration considérable.

OBSERVATION XIV (Sabourin)

Jeune fille de vingt-quatre ans, de belle stature, bien réglée jusque-là, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, mais présentant aussi une tare mitrale légère avec état congestif général ; tuberculose bénigne depuis quatre ans, sous forme de rhumes subintrants avec quelques hémoptysies bénignes. Il y a six mois, pleuro-pneumonie juxta-scissurale gauche qui la tint arrêtée pendant deux mois, et se termina par caverne à expectoration très abondante.

C'est surtout depuis cette époque que la fièvre menstruelle prit une intensité considérable. Elle est représentée par la courbe ci-dessous à peu près superposable à elle-même depuis six mois pour le moins ; quatre ou cinq jours avant les règles, le thermomètre monte régulièrement, atteint 40 de-

Puls
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39

grés environ ; les règles paraissent, toujours pénibles et abondantes, et aussitôt la fièvre baisse plus lentement encore jusqu'à la courbe intercalaire habituelle de 36°4, 37°1 en moyenne. Les crises durent de quinze à dix-sept jours. La période de répit n'est que de sept à huit jours, ce qui ramène les époques tous les vingt-quatre à vingt-cinq jours, par conséquent.

Pendant l'état fébrile, les accidents de congestion pleuro-pulmonaire sont intenses, mais sitôt la fièvre tombée ils disparaissent avec une rapidité étonnante, et pendant la semaine de pause, l'auscultation ne dénote que le clapet cavitaire léger recouvert par la bronchophonie sourde de la bande scissurale en écharpe. De même l'expectoration se réduit à 8 ou 10 boulettes purulentes, tandis que pendant la crise le nombre de crachats nummulaires atteint 40 ou 50 par jour, sans compter les petites hémoptysies la veille ou le jour de l'éclosion des règles.

Au traitement hygiénique sévère, la malade se tient en excellent état général, prend du poids, et peu à peu les réactions congestives du poumon diminuent. En même temps les acmés fébriles s'abaissent à 39 degrés. C'est d'ailleurs le seul changement apporté à la courbe de température qui, pendant une année encore, se compose des mêmes phases. Enfin la fièvre menstruelle toujours d'assez longue durée, s'arrête à 38°5 puis à 38 degrés.

Quelques mois encore et la fièvre intercalaire s'allonge, et les règles arrivent à ne plus s'annoncer que par une crise fébrile courte et bénigne, comme il arrive à la plupart des tuberculeuses.

Somme toute cette jeune fille fut soumise aux grands acci-

dents menstruels pendant deux années environ. Elle guérit d'ailleurs parfaitement.

Ces observations résument toutes les misères cataméniales qui surviennent dans un terrain tuberculeux. Sans doute il y a dans ces cas, une tare cardiaque, le plus souvent favorable aux congestions pleuro-pulmonaires pendant la période menstruelle.

Phénomènes congestifs de la période menstruelle. — Il se passe des phénomènes au niveau de l'utérus qui peut s'hypertrophier au quart de son volume primitif. Au niveau de l'ovaire et même sur les greffes, les trompes s'allongent, les ligaments larges sont gonflés, en érection. Le vagin et la vulve sont tuméfiés, sécrétants et prurigineux. L'hémostase de la paroi abdominale peut devenir très difficile dans une intervention chirurgicale à l'approche des règles.

Cette congestion se traduit par les malaises bien connus par les femmes : une sensation de tension, de lourdeur, de tiraillement au niveau des lombes, de l'hypogastre, du foie.

Foie. — On sait que certaines femmes ont des coliques hépatiques à certaines de leurs époques.

Chez les tuberculeuses tarées du foie, qui ont une dymémorrhée ou un arrêt brusque du flux utérin sans cause apparente, on voit survenir subitement une congestion du foie avec cholurie et jaunisse.

Dans des cas de ce genre le flux sanguin est parfois remplacé par une diarrhée vicariante composée de

bile presque pure. On peut aussi observer, en dehors des signes bien nets de congestion hépatique et d'angiocholite aiguë ou subaiguë, des nausées bilieuses et des vomissements bilieux.

Diarrhée menstruelle. — Notre maître a, dans un article récent (*Journal des Praticiens*, 28 juillet 1917), insisté sur sa fréquence, ses diverses modalités, son pronostic parfois sérieux.

L'histoire de la diarrhée menstruelle peut se résumer ainsi : sorte de métastase menstruelle, elle n'est que l'exagération du relâchement intestinal, cataménial qui existe chez beaucoup de femmes normales :

1° Il s'agit de la tuberculeuse bien réglée dont l'écoulement sanguin est précédé, accompagné ou suivi d'une ou de deux selles liquides ou d'une mauvaise selle quotidienne. C'est une diarrhée bénigne, séreuse, importante à connaître car elle permet au médecin de dire à la malade qu'elle est en imminence de son époque et par conséquent de la rassurer ;

2° Et puis voici la *diarrhée menstruelle vicariante vraie* (Sabourin), abondante, à allures dysentériformes parfois accompagnée de symptômes pénibles et variés, qui remplace totalement ou partiellement le flux cataménial.

Nous reproduisons une observation de M. Sabourin :

« Jeune fille, angioneurotique, congestive, sujette aux hémoptysies menstruelles, en général constipée, mais relâ-

chée du ventre chaque mois. A une époque, elle est prise de maux de ventre et de reins, frissonne, fait 39°2 le premier soir, 39°8 le second, 39°4 le troisième, quand les règles se montrent ; la courbe descend pendant le flux, qui dure quatre jours.

Mais le jour même du frisson la diarrhée séreuse, deux selles quotidiennes, s'était installée et durait pendant tout le cours des règles et deux jours encore après ; à ce moment, la courbe se relevait pour ne descendre à la normale habituelle que neuf jours plus tard ; cette reprise de fièvre s'accompagnait de crachats sanglants pendant les trois premiers jours ; dans les crises intenses de fièvre menstruelle, l'écoulement utérin abaisse en général régulièrement la courbe ; mais comme la fièvre est connexe de la fluxion pulmonaire, la rédaction de cette dernière reprend le dessus pour un temps variable lorsqu'elle n'est plus bridée par la saignée cataméniale, et cette fièvre, en apparence secondaire, ne cesse qu'avec le désencombrement du poumon congestionné. »

M. Sabourin distingue plusieurs variétés de diarrhée menstruelle vicariante vraie : ici la diarrhée commence, là elle s'installe après les règles « comme si l'épuration menstruelle avait été insuffisante » ; et enfin, dans une autre modalité, elle devient vicariante de périodes cataméniales frustes avec parfois des misères variées : bouffées de chaleur, saignements de nez, fluxion gutturale, humidité des lésions pulmonaires, état vertigineux ;

3° Selon M. Sabourin l'exutoire utérin est insuffisant pour éliminer les « humeurs peccantes » accu-

mulées dans le sang. Il faut donc une porte de sortie par où ces « produits peccants » seront rejetés au dehors. Ici c'est le poumon, véritable *locus minoris resistentiæ*, avec ses hémoptysies compensatrices, ses congestions pleurales ou pleuro-pulmonaires qui parfois amènent rechute sur rechute, là ce sont ces misères variées, ces « équivalents menstruels » (Sabourin) qui font que la femme remplace son émonctoire génital physiologique par un exutoire pathologique : sorte de soupape de sûreté, émonctoire de nécessité, sorte de suppléance dont nous retrouvons bien des exemples en pathologie humaine. Mais pourquoi, « cette saignée dérivatrice presque toujours séreuse alors qu'elle est souvent de nature sanguine quand elle s'opère par les fosses nasales ou par les bourrelets hémorroïdaires, pourquoi telle femme plus ou moins troublée dans ses fonctions utérines, fait de la diarrhée, alors que bien d'autres, dans les mêmes conditions en apparence, n'en font point » (Sabourin) ? M. Sabourin ne croit pas à un état intestinal prédisposant, à cet appendicisme sur lequel il a insisté, car la diarrhée, menstruelle s'observe chez les femmes qui n'ont plus d'appendice depuis des années ; peut-être s'agit-il d'une « hypercrinie intestinale commandée par un trouble fonctionnel passager d'une glande endocrine » (Sabourin). Il faudra songer cependant à la crise appendiculaire bénigne à forme diarrhéique.

Le pronostic des crises intenses et totalement vicariantes est plutôt mauvais bien qu'on puisse

observer une évolution ultérieure par la suite.

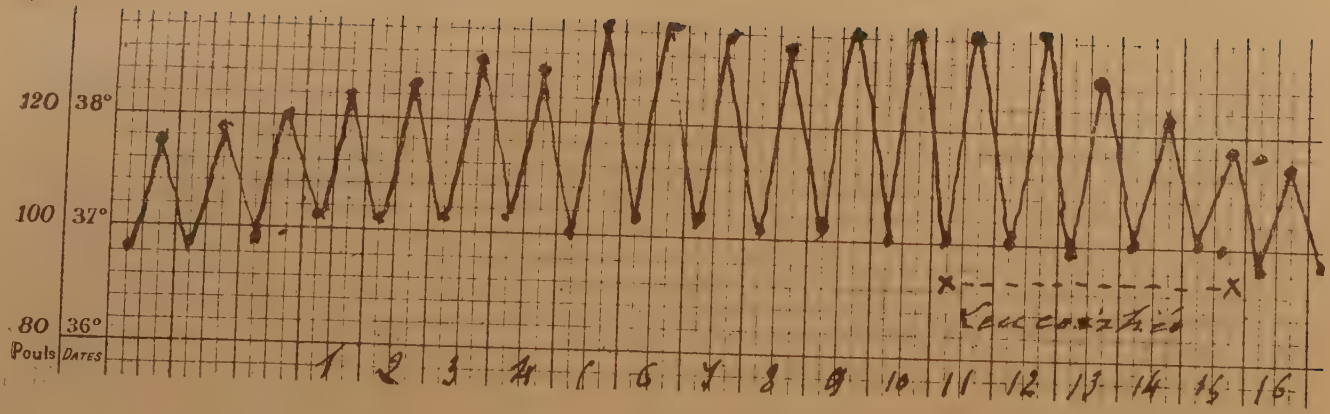
Le seul traitement à instituer sera le traitement rationnel de la maladie, les applications chaudes, les boissons chaudes (armoisé, apiol) sans surtout immobiliser, à moins de raisons toutes spéciales, les malades au lit (Sabourin).

Leucorrhée menstruelle. — La congestion de l'utérus produit une leucorrhée annonciatrice des règles prochaines. Fréquemment chez les tuberculeuses, on voit la leucorrhée vicarier, le flux utérin partiellement ou totalement. Ce sont alors des règles blanches. Cette suppléance disparaît lorsque les malades remontent le courant de leur déchéance ou reste définitive chez celles qui en sont incapables.

Voici une observation d'équivalence leucorrhéique que nous devons à l'obligeance du Dr Sabourin :

Mlle X..., vingt ans. Hérédité paternelle. Plutôt malingre, mais sans maladies dans l'enfance, était même plutôt grasse ; mais était courte d'haleine. Toujours bien réglée, sans relâchement intestinal aux époques.

Après surmenages, fait un grand rhume (?) à début fébrile il y a deux ans, se guérit bien (?) Il y a six mois rechute, fébrile, tousse et crache. Ses règles ont disparu il y a un mois. Elle a eu ses sensations habituelles mais elle a eu simplement une crise de leucorrhée pendant cinq jours. Actuellement, lésions plutôt bénignes des deux sommets, mais en plus, foyer pleuro-pneumonique sous-scissural droit juxta-vertébral avec grande pleurésie sèche sur lobe inférieur, et foyer pleuro-pneumonique sus-scissural gauche juxta-vertébral.


120
100
80
Pouls
38°
37°
36°
Dates
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

Expectoration modérée [de gros nummulaires. Courbe 36°8-38°2 (buccal). Très amaigrie. A l'époque qui suit, ou mieux avant l'époque supposée, la courbe monte en cinq jours à 37°-38°8. Tous les foyers pleuro-pulmonaires deviennent humides, et tout fait prévoir la crise menstruelle. Le onzième jour de cet état, la leucorrhée apparaît, très abondante, plus que les règles dit la malade, le treizième jour le thermomètre baisse régulièrement. La leucorrhée finit le seizième jour. L'humidité pleuro-pulmonaire disparaît entièrement, ce même jour tout est rentré dans l'ordre. Il est à noter que la patiente, avant la crise leucorrhéique du mois dernier, n'a jamais eu traces d'écoulements génitaux.

Flux hémorroïdaire. — Le molimen congestif atteint aussi le système veineux des membres inférieurs, il y a du gonflement des varices, parfois des crises hémorroïdaires.

Chez les constipées ayant en outre une tare hépatiqve on voit les règles, devenues irrégulières, s'annoncer cinq à six jours à l'avance par un peu de fièvre prémenstruelle et par une petite hémorragie anale. Lorsque le flux utérin s'établit le flux hémorroïdaire disparaît.

Au fur et à mesure que la santé se rétablit, que l'intestin se rééduque, les hémorroïdes s'atténuent, il peut arriver que plusieurs selles liquides annoncent encore le flux utérin puis tout rentre dans l'ordre.

Enfin il existe des cas de fluxion hémorroïdaire grave par le cortège symptomatique qui l'accompagne, fièvre, douleur ; ballonnement, une hémor-

ragie abondante a lieu par l'anus, les règles arrivent, le soulagement est immédiat. Il y avait une pléthore passagère au moment des règles.

Epistaxis menstruelle (Sabourin) **chez les tuberculeuses de tout âge.** — Très commune, variable en quantité et en fréquence, pouvant précéder, accompagner ou exister après la fin des règles. C'est alors l'équivalent menstruel partiel. Mais souvent elle remplace en totalité le flux utérin avec ou sans autres équivalents menstruels partiels.

Rhinorrhée menstruelle (Sabourin). — **Epistaxis.** — A distance la muqueuse pituitaire, hypertrophiée par congestion, transsude abondamment : rhinorrée périodique le plus souvent accompagnée de selles séreuses. Cette hypercrinie nasale paroxystique est absolument indépendante d'un état catarrhal préexistant. C'est une tentative d'équivalence menstruelle assez rare d'ailleurs.

Adénopathies. — Le système ganglionnaire aussi subit le choc congestif, périodiquement les adénopathies cervicales ou trachéo-bronchiques préexistantes se rallument.

Dermatoses. — Les dermatoses habituelles : eczémas, urticaire, érythèmes polymorphes, zonas, s'exaspèrent.

Phénomènes cardiaques. — Il y a en outre des phénomènes cardiaques nerveux : palpitations, vertiges, angoisses angineuses, battements de l'aorte abdominale, spasme de l'œsophage.

Toutes les algies. — Toutes les misères doulou-

reuses : céphalalgies, migraines, gastralgies, névralgies intercostales, puis le grand nervosisme.

Système nerveux. — Depuis la crise de nerfs jusqu'à la perversion mentale, la fugue se produisant périodiquement avant l'apparition du flux menstruel.

Bronchorrhée menstruelle. — « Vraie bronchorrhée sous-pleurale » (Sabourin) se traduisant par une expectoration mousseuse, d'apparenc salivaire, transparente et à l'auscultation par des bouffées de râles fins. On ne la confondra pas avec la sécrétion purulente, crémeuse et souvent un peu mousseuse due à la congestion menstruelle des lésions pulmonaires.

Sueurs menstruelles. — Il est rare, selon Sabourin, de voir de façon nette une crise sudorale importante remplacer le flux utérin.

Le plus souvent on n'observe que des crises sudorales frustes qui, par leur reproduction, permettent d'établir un rapport de cause à effet entre les règles anormales qui ne viennent pas et ces sueurs anormales par leur abondance.

Aberrations du molimen congestif. — Tous ces désordres éclatent dans un tel ou tel appareil en état de moindre résistance selon les tares congénitales ou acquises. La tuberculose exalte et décuple toutes ces tares et touche particulièrement la fonction utéro-ovarienne.

Dans ces conditions le sang surchargé des poisons endocriniques de l'ovulation, s'en débarrasse mal

aisément par les voies naturelles. Le molimen hémorragique hésitant se portera donc sur les points de l'économie qui se défendent mal et que la tuberculose a altérés.

Congestion pulmonaire. — La fièvre menstruelle n'est pas comme on aurait pu le penser un équivalent menstruel comme la diarrhée vicariante ou le flux hémorroïdaire. La femme tuberculeuse ne remplace pas ses règles par un accès fébrile. Ce dernier n'est que la résultante d'une aberration du molimen hémorragique qui s'installe au niveau du poumon — ce vaste réservoir sanguin — parce que de vieilles lésions bacillaires en activité ou non appellent la stase sanguine. Il y a congestion pulmonaire comme il y aurait eu congestion utérine. Le flux sanguin est sollicité plus ou moins vers l'un ou l'autre de ces organes et le résultat de la force attractive se traduira soit par des phénomènes congestifs au niveau du poumon (nous allons les étudier), soit par le flux utérin plus ou moins modifié dans son écoulement comme nous l'avons déjà vu dans le précédent chapitre, soit le plus souvent les deux symptômes concomitants ; la congestion pulmonaire parfaisant pour ainsi dire la fonction menstruelle altérée.

Selon nous, même lorsque l'élévation thermique est insignifiante et passerait inaperçue sans le secours du thermomètre, même si l'auscultation est négative, la période prémenstruelle fébrile est le plus souvent symptomatique d'une tuberculose latente en immi-

nence d'activité bacillaire : anémie, chlorose, puberté, croissance, n'entraînent pas à eux seuls d'élévation de température. Il faut la collaboration d'une phtisie plus ou moins franche.

Point de côté scissural accidentel (Saburin). — A cet égard la fameuse névralgie intercostale de réputation bénigne doit être considérée comme suspecte. Certaines jeunes filles se plaignent aux approches de leurs époques d'une douleur qualifiée banalement d'intercostale qui s'étend le long des nerfs intercostaux avec des lieux d'émergence subjective et objective bien connus, d'origine pleuro-pulmonaire, ou bien il s'agit de points de côté autochtones nés sur place sentis par la malade et réveillés par la pression du doigt correspondant à une lésion sous-jacente réactivée par la période menstruelle.

Une troisième catégorie de points douloureux sont les points de côté scissuraux sur le trajet de la projection des scissures pulmonaires sur la paroi thoracique.

La grande scissure part de la colonne vertébrale entre le troisième et quatrième côte, se dirige en bas et en dehors pour couper l'angle inférieur de l'omoplate et se terminer à l'extrémité antérieure de la sixième côte. Du côté droit, la petite scissure part de la grande, au niveau de la ligne axillaire et va se terminer à l'extrémité antérieure de la quatrième côte.

D'après ces trajets, on a, à gauche l'écharpe douloureuse qui va du rachis à l'extrémité de la sixième

côte. Elle a été citée dans l'une des observations de Sabourin. A droite à cause de la bifurcation de la scissure on a la douleur en fourche.

La douleur est sourde, continue, sur elle se greffe une autre douleur aiguë déchirante qui éclate pendant les fortes inspirations, la toux.

La palpation de ces points douloureux provoque de la défense musculaire.

Le point d'élection le plus fréquent est le point juxta-vertébral (troisième et quatrième côte) en second lieu vient le point rétro-axillaire à droite, au niveau de la petite scissure, vrai carrefour pour les affections pleuro-pneumoniques.

Quand toute la scissure est atteinte de pleurésie marginale toute l'écharpe est douloureuse.

Parmi les points propagés à distance du foyer morbide citons le point de côté antéro-axillaire inférieur le plus fréquent, vers l'extrémité antérieure de la sixième côte. Il répond au cul-de-sac interlobaire. Ces points douloureux extériorisent l'activité morbide de la plèvre qu'il s'agisse d'interlobite sèche ou avec épanchement à grand fracas, amenant sous l'influence de la poussée menstruelle, une fuite pleurétique de l'interlobe vers la grande plèvre, déterminant soit une pleurésie interlobaire, soit une pleurite en bouton de chemise bien décrite par Sabourin ou qu'il s'agisse d'embolies bronchiques marginales ou de pleuro-pneumonie juxta-scissurale profonde.

Ou bien d'aploplexie pulmonaire des parois de l'interlobe.

Tous ces accidents épisodiques qui marquent les étapes de l'évolution morbide du bacillaire éclatent à l'occasion de tout et de rien, un peu de surmenage, un refroidissement, ou un rhume, mais la cause la plus prédisposante est incontestablement la poussée congestive menstruelle.

Qu'il y ait ou non des lésions pleuro-pulmonaires scissuro-vertébrales, la fluxion cabaméniale en frappant les chapelets ganglionnaires du hile déjà malades, donne également lieu aux névralgies juxta-rachidiennes avec ou sans irradiations scissurales.

Plaque acromiale (Sabourin). — Il existe en outre une localisation bacillaire d'une individualité très nette et qui subit plus que tout autre l'influence menstruelle. Nous voulons parler de la reviviscence périodique de la plaque acromiale, bien décrite par Sabourin.

Au niveau de l'acromion, dans la région sous deltoïdienne, siège le lieu d'élection d'une petite pneumonie nécrosante dont le reliquat constitue une vacuole sous-pleurétique à parois fibreuses.

« Cette alvéole, écrit, Sabourin, est constituée par le farcissement bacillaire et inflammatoire d'un territoire acineux de dimensions quelconques dont la base sous-pleurale donne aussitôt lieu à une pleurite membraneuse d'épaisseur et d'étendue variables, au centre du foyer se fait une élimination de tissu nécrosé, une cavernule en résulte. »

Puis la congestion et l'infiltration de voisinage disparaissent, la cavernule se déterge, la plaque basale

de pleurite membraneuse se dessèche et se transforme en une « lame vibrante ».

Sous l'influence de la poussée congestive cataméniale cette plaque cicatricielle redevient humide, musicale, bruyante. Les malades éprouvent le besoin de tousser un peu, surtout le matin Dans les parcelles de crachat mucopurulent qu'ils n'expulsent pas toujours on peut trouver ou non des bacilles.

Il y a en outre une courbature, une pesanteur dans l'épaule, rarement avec une sensibilité à la pression du doigt sur la région acromiale en même temps qu'une instabilité thermique.

Cela dure quelques jours sans que l'état général s'altère.

A l'auscultation on entend le ronflement acromial, râle plus ou moins musical, à 1 ou 2 centimètres plus en dedans ou plus en arrière de l'acromion avec retentissement le long du deltoïde.

« Ce ronflement est comparable à un coup d'archet, donné sur une corde plutôt relâchée, son grave en général, d'un chronisme variable, inspiratoire ou plus souvent expiratoire, aux deux temps aussi. Inconstant, disparaît avec la toux pour reparaître quelques instants après (le frottement pleural ne disparaît pas) (Sabourin). »

Sous la plaque pleurale les alvéoles voisines peuvent s'humidifier, on entend alors le matin surtout, un râle humide, un craquement moins sec. Quand la plaque acromiale n'est plus en activité, quand elle

est bien sèche, elle donne un craquement pleural bien limité (un bruit de cuir neuf).

Cette poussée congestive au niveau de la plaque acromiale n'a pas, forcément une origine cataméniale. Elle peut survenir à la suite d'un simple rhume ou d'une angine, d'un surmenage, d'une autoxication gastrique ou d'une petite crise appendiculaire, mais certaines femmes la présentent d'une façon périodique au moment de leurs époques. Il est intéressant de noter cette aberration du molimen congestif. La plaque acromiale a une grande importance diagnostique. Elle est un signe d'avertissement pour le médecin et selon Sabourin un élément de bon pronostic. Quand un tuberculeux au sortir d'accidents aigus localisés dans un de ses lobes supérieures conserve le ronflement acromial, il possède là « une glande à vaccin » ayant une « fonction immunisante ». Cette lésion, restant latente au lieu de se fermer est utilisée par l'organisme qui s'en sert comme d'un émonctoire accidentel pour éliminer les « humeurs peccantes », sorte d'exutoire tuberculeux du poumon.

Point de côté paradoxal chez les phtisiques. — Bien décrit par le Dr Sabourin dans le *Journal des Praticiens* du 9 mai 1914. Un tuberculeux, avec des lésions des sommets et en outre un foyer secondaire pleuro-pneumonique dans l'angle scissuro-vertébral du lobe supérieur gauche par exemple, accuse sans élévation de température, dans le point symétrique, sur le bord vertébral du côté droit, une dou-

leur spontanée que la pression du doigt réveille plus encore. On percute, on ausculte : rien. Ce point de côté est réviviscent et Sabourin a vu des femmes qui, à plusieurs périodes menstruelles, souffraient vivement d'un point de côté juxta-rachidien droit, opposé à leur foyer gauche ou réciproquement. Ce point de côté paradoxal juxta-vertébral ne serait paradoxal que de nom, en réalité il représenterait l'état de souffrance des ganglions tuberculeux sous-jacents.

Congestion paradoxale. — Le Dr Sabourin a également insisté sur la valeur symptomatique de la congestion paradoxale qui survient parfois chez la femme tuberculeuse au moment de ses règles. Une malade présente des lésions sérieuses à l'un de ses poumons. L'autre poumon est à peine attaqué et paraît sain. A l'approche de ses règles l'épaule jugée saine est douloureuse. Rien du côté malade. Pendant quelques jours cet état persiste. A l'auscultation on trouve au niveau du sommet douloureux les signes d'une congestion variable, du souffle et même des râles caverneux. Aucune modification du côté du poumon antérieurement malade. Après les règles tout disparaît. L'attaque congestive a été poussée au maximum du côté le moins atteint. L'expectoration a été cependant beaucoup plus abondante pendant cette période critique.

Le médecin doit connaître cette congestion paradoxale afin de ne pas prendre, à un premier examen, le côté le plus malade pour le moins attaqué et

aussi pour dépister une épine tuberculeuse qu'il aurait pu ignorer et ne pas croire ainsi à une lésion unilatérale. A chaque période menstruelle la fluxion reparaîtra au niveau de cette épine silencieuse et rappellera ainsi son existence.

Il semble en effet assez paradoxal que la congestion se porte là où les lésions sont les plus bénignes. Sabourin propose une explication ingénieuse : le foyer le plus malade ouvert, suppurant sert d'exutoire au molimen congestif ; l'excrétion est plus abondante et voilà tout !

Au contraire la lésion sèche fermée ne peut servir d'exutoire, il n'y a pas de porte de sortie pour l'exsudation congestive et elle supporte au maximum la fluxion parenchymateuse.

Cette congestion n'est donc paradoxale qu'en apparence.

De même que le point de côté est réveillé spontanément par la menstruation, de même la douleur à la pression au niveau de la lésion reparaît pendant cette période alors qu'elle est à peine sensible habituellement.

La toux et l'expectoration augmentent. Chez les femmes qui portent des lésions quelconques au sommet avec pleurésie plus ou moins desséchée sur les régions inférieures ou moyennes des poumons il est fréquent de voir en quelques heures ces pleurésies sèches s'infiltrer de sérosité. Dès l'arrivée du sang trente-six ou quarante-huit heures après, cette soi-disant pleurésie a complètement disparu.

Riebold a cependant observé des cas où la fièvre prémenstrielle marque bien l'origine d'une pleurésie. « Il semble, dit-il, que les pleurésies tuberculeuses se développent avec prédilection dans la période qui précède immédiatement l'époque menstruelle ou avec le début des règles. »

Il cite le cas d'une jeune malade normalement apyrétique portant une très légère tuberculose pulmonaire d'un sommet qui, un jour avant le début des règles fit une ascension thermique brusque jusqu'à 40°1 et en même temps un exsudat pleural se développait rapidement.

Il y a des plaques pleurétiques presque muettes à l'auscultation, arrive une période cataméniale, une congestion sous-jacente détermine un véritable catarrhe sous-pleural. L'expectoration ne dure que pendant les règles.

De même autour d'une épine tuberculeuse d'un sommet, il se produit autour de cette lésion sèche une zone de congestion amenant une mousse bronchique avec ou sans hémoptysie.

Phénomènes congestifs fugaces. — Voici trois observations résumées de Daremberg mettant en évidence les phénomènes congestifs fugaces de la période menstruelle.

OBSERVATION XV (Daremberg)

Vingt-cinq ans. Prétend avoir eu une caverne à gauche, il y a environ dix ans. Les accidents n'ont reparu que depuis un

an. La malade dit qu'à l'époque de ses règles elle est plus essoufflée et tousse davantage. Petit foyer de matité et de râles sous-crépitants au sommet gauche en avant. Le 23 mars, veille des époques, la malade est prise de toux opiniâtre avec vomissements. On perçoit des râles sous-crépitants dans la moitié supérieure du poumon gauche avec léger souffle à la racine des bronches. Les règles arrivent régulièrement le soir.

Le 28, tous ces accidents ont disparu.

OBSERVATION XVI (Daremberg)

Dix-sept ans. Revient à Menton en janvier 1899. Depuis trois mois anorexie complète, quintes de toux sèche avec vomissements, lassitude extrême du sommet droit, en avant respiration saccadée avec submatité. Amélioration rapide jusqu'au 6 mars. A ce moment les règles sont retardées d'un jour et grand malaise. Le surlendemain fièvre vespérale, toux et vomissements, inappétence, le sommet droit est muet, respire à peine et d'une façon saccadée, quelques pétits craquements après la toux, souffle à la racine des bronches.

Le 10, disparition des phénomènes. Depuis, plus d'accidents.

Les règles ont apparu le 7.

OBSERVATION XVII (Daremberg)

Mme A..., malade depuis trois ans à la fois de tuberculose chronique et de rétroversion utérine légère survenue à la suite d'une pelvi-péritonite puerpérale. Arrive à Menton en

1877. Phénomènes généraux ; très faible, tousse et crache peu. A la première auscultation, on constate au sommet droit en arrière de la submatité, une diminution très sensible du murmure respiratoire, du souffle au niveau de la racine des bronches et des râles sous-crépitants disséminés. Au sommet gauche je constate seulement une légère diminution de la respiration et un peu de perte d'élasticité à la percussion. Quelque temps auparavant le professeur Lebert-Vivey n'avait rien trouvé au côté gauche de la poitrine. Lebert étant à Nice est appelé en consultation le lendemain, et constate avec étonnement que le côté droit s'est sensiblement amélioré depuis deux mois tandis que le côté gauche semble être le siège d'une poussée subaiguë.

La malade dit en même temps qu'elle a ses règles depuis le matin et ajoute qu'elles sont ordinairement abondantes et douloureuses. Huit jours après, les règles ont cessé, le sommet gauche est complètement débarrassé, au sommet droit pas de changement : le professeur Lebert constate ce nouvel état. Le 16 janvier, un mois après, la malade tousse et crache plus abondamment, léger malaise, nouveaux symptômes congestifs au sommet gauche. La malade attend ses règles pour le lendemain. Sédation des symptômes, deux jours après la cessation des règles, ces accidents ne se reproduisent plus les mois suivants.

Chez les malades présentant des lésions plus avancées, les râles deviennent plus nombreux à plus grosses bulles. C'est la congestion bruyante, soufflante, râclante, retentissante à la voix sur une lésion bien connue, transitoirement aggravée par la

congestion cataméniale. Nous en avons vu des exemples dans les observations précitées du Dr Sabourin.

Dans certains cas le flux utérin arrivant fait cesser tous ces symptômes pulmonaires.

Dans d'autres cas, il est insuffisant et dès qu'il a cessé la congestion pulmonaire reprend encore avec recrudescence de fièvre pendant plusieurs jours encore ; nous avons vu chez les aménorrhéiques les accidents pulmonaires être l'unique équivalent menstruel et se prolonger dix à quinze jours par mois avant de se résoudre.

Phénomènes congestifs avec aggravation. — Enfin, il est des cas fréquents où les lésions rétrocèdent incomplètement et où l'aggravation se produit par à-coup pendant plusieurs périodes menstruelles.

OBSERVATION XVIII

(Résumée de Daremberg)

Mme L..., trente ans. Pelvipéritonite suite de couche en 1875. Antéversion utérine, leucorrhée, règles régulières mais abondantes, bronchite en 1876 et continue à tousser pendant plusieurs mois.

En décembre 1877 arrive à Menton. A la partie moyenne du poumon droit, râles et matité ; la malade suit une hygiène rigoureuse et s'améliore beaucoup. Les râles disparaissent et la matité diminue très sensiblement.

A la fin d'avril, pendant les règles, toute la moitié supé-

rieure du poumon droit se congestionne : grande fièvre douleur, toux sans expectoration, râles secs, souffle rare. Cessation des accidents menstruels.

En décembre 1878 à l'époque des règles elle est reprise d'une congestion pulmonaire, vient de nouveau à Menton en janvier 1879. A chaque époque, il y a un mouvement fébrile, des douleurs thoraciques, une recrudescence de toux et d'expectoration. La lésion pulmonaire progresse lentement.

Cette autre observation est empruntée à Sabourin.

OBSERVATION XIX (Sabourin)

Une jeune fille robuste, à la suite de chagrins de famille et de surmenage prolongé commence une tuberculose méconnue du sommet gauche. Au bout de cinq mois sans dépérissement inquiétant mais se surmenant toujours, elle est prise d'une pleuro-pneumonie grave du même côté avec retentissement sur tout le poumon. Malgré l'intensité de l'appareil fébrile et des symptômes locaux, la chute thermométrique est atteinte le vingt cinquième jour. Le poumon est dégagé et il ne reste d'apparent que quelques bruits au sommet gauche et des frottements sur le trajet de la scissure interlobaire. L'état général était parfait et la maladie semblait finie bien que la patiente ne quittât point le lit. Le trente et unième jour, sans aucun phénomène particulier, le thermomètre remonte et se tient à 37°-38°, et 37°2-38°5.

Le quatrième jour de cette montée de fièvre au matin le thermomètre est à 40°2, la nuit a été très agitée avec grand malaise, quelques nausées et finalement vomissements glai-

reux. Journée pénible également. A l'auscultation on trouve le lobe supérieur du poumon gauche et la scissure interlobaire couverts de frottements pleuraux gras.

A 6 heures du soir les règles paraissent subitement après quelque malaise abdominal, le thermomètre tombe à 39°8. Tout le temps des règles, la température matinale baisse graduellement jusqu'à 37°6 mais reste à 39°8 le soir. La congestion pleuro-pulmonaire s'est accentuée ; tout le poumon gauche est humide. Les règles finies, le thermomètre tombe à 39° le soir pendant quatre jours.

Subitement point de côté violent sous le sein droit, dyspnée intense. Symptômes de congestion bronchique à droite. Etat général inquiétant pendant deux jours, enfin nouvelle ascension thermique à 39°8. A l'auscultation on trouve une lame d'épanchement pleural sur le lobe inférieur du côté gauche.

Après six jours, la défervescence est complète, l'épanchement disparaît, les râles bronchitiques s'atténuent peu à peu et la courbe normale de température était atteinte treize jours juste après le grand accès fébrile de cette période menstruelle si mouvementée par ses suites.

Trois jours plus tard les règles apparaissent cette fois sans aucun phénomène anormal, la convalescence s'établit franchement et ne fut plus troublée.

Une accalmie peut se produire pendant un certain temps, puis à un moment quelconque, sans raison apparente, une menstruation rallume le processus tuberculeux. Des symptômes congestifs graves se déchaînent ; l'aggravation est définitive, la malade succombe à des accidents aigus.

Voici deux observations démonstratives, l'une empruntée à Daremberg, l'autre à Sabourin.

OBSERVATION XX (Daremberg)

Dix-sept ans. Début de la maladie en 1877 à la suite d'une fièvre muqueuse. Menstruation régulière jusqu'en juillet 1878. Au sommet gauche, de la matité, de gros râles humides avec de la respiration soufflante. Toux, expectoration muco-purulente. Oppression. Le 10 décembre réapparition des règles précédées de quelques coliques et de symptômes dysménorrhéiques ; après leur cessation, accès de fièvre vespéraux avec période de frissons, de chaleur et de sueurs. Courbature, anorexie, perte de forces. Ces troubles se reproduisent régulièrement à chaque époque menstruelle et durent cinq à six jours. Néanmoins l'état général s'améliore, les forces augmentent, la toux, l'expectoration, la dyspnée diminuant sensiblement.

Les signes locaux sont stationnaires. Tout à coup, à la période de mars, les symptômes congestifs réapparaissent, les règles ne se manifestent que par quelques gouttes de sang, malgré un molimen congestif intense, et le lendemain 21 mars nous nous trouvons en présence d'une congestion pulmonaire des plus graves, avec menace d'asphyxie. Dyspnée, cyanose, expulsion difficile de glaires très adhérents. Le sommet droit, jusqu'alors indemne, présente de gros craquements humides avec une respiration rude, et soufflante. A dater de ce jour, la fièvre devient continue, les signes de ramollissement envahissant progressivement tout le poumon droit et la malade succombe le 13 mai.

OBSERVATION XXI (Sabourin).

Une jeune femme porte une tuberculose, bilatérale très bénigne au sommet droit, grave au côté gauche où le sommet est ramolli avec infiltration superficielle jusqu'à la base et pleurésie sèche en avant. Anémie cachectique très prononcée, ses règles ont graduellement diminué d'intensité et la précédente époque a été presque nulle, mais accompagnée de fièvre plus forte pendant quelques jours.

La cure d'air et de repos absolu ramène rapidement la courte thermique à 36°5-37°5. L'époque menstruelle suivante s'annonce par un ascension graduelle du thermomètre qui atteint 39°2, le quatrième jour en même temps que se montrent les sensations douloureuses des lombes et de l'hypogastre. La fièvre reste entre 37°7 le matin, et 39°2 le soir. Le septième jour épistaxis légère. Le huitième quelques taches de sang à la vulve. Le neuvième les règles se montre et durent quarante-huit heures. Le onzième jour le thermomètre tombe à 38°6 le soir mais la courbe se tient à partir de ce moment à 37°5-38°5 et descend ensuite jusqu'à 37°-38°4 et ainsi jusqu'au trentième jour.

Pendant toute cette période fébrile, la congestion pulmonaire n'a pas quitté le côté gauche de la poitrine.

Le trentième jour, vingt-six jours par conséquent après l'apparition des douleures hypogastriques du mois précédent, le thermomètre remonte à 39°4. Nouvelles douleurs lombaires et ventrales, le lendemain épistaxis légères. La fièvre reste élevée pendant cinq jours, mais les règles ne se montrent point et le thermomètre reprend sa courbe antérieur 37°5-38°5. L'encombrement du poumon persiste.

Sans autre accident, vingt-sept jours plus tard, le même simulacre des règles se produit de la même façon mais pour la dernière fois. Deux mois plus tard mort par affaiblissement graduel.

Il n'est pas exagéré de dire que ces femmes sont « tuées par leurs règles », leurs lésions bacillaires anciennes et plus ou moins torpides reçoivent un coup de fouet à l'occasion d'une période menstruelle quelconque et chaque époque suivante diffuse le processus tuberculeux qui peut évoluer brusquement en granulie ou phtisie galopante.

Hémoptysie. — Etant donné le rôle prépondérant des hémoptysies dans le tableau symptomatique de la période menstruelle, nous avons voulu en faire un chapitre tout spécial quitte à nous répéter à propos des phénomènes fluxionnaires concomitants.

Il est inutile de dire que ce symptôme se mêle à tous les autres signes de congestion déjà étudiés.

Le poumon est une véritable éponge qui ne demande qu'à se gorger de sang et à saigner. Le molimen congestif s'y porte avec prédilection et il y a hémophtysie comme il y aurait flux utérin : l'un parfait l'autre.

Les modalités seront différentes suivant la pléthore menstruelle et suivant que l'utérus dérivera plus ou moins de sang. En outre la poussée congestive donne essor à la pullulation microbienne. Il y aura donc des hémoptysies apyrétiques, d'ordre mécanique pour ainsi dire et des hémophtysies fébriles liées soit

à l'envahissement d'un vaisseau pulmonaire par le processus tuberculeux, soit à une congestion péri-tuberculeuse et s'accompagnent de décharges bacillaires.

Les tuberculeuses plus ou moins dysménorrhéiques ont un utérus plus ou moins désaffecté de ses fonctions et cependant même chez ces anémiées la pléthore menstruelle est là qui, périodiquement, vient donner un coup de piston dans le système circulatoire.

L'effort hémorragique se porte sur les points malades. Il peut n'en résulter que quelques striations sanguines dans les crachats : conséquence d'une petite congestion locale autour de la lésion suppurante, résorbée sur place et évacuée en même temps que les produits de l'expectoration. Celle-ci peut d'ailleurs être plus ou moins teintée et arriver au crachat franchement sanglant. Il s'agit là, en somme, d'un équivalent de ces épistaxis qui terminent une céphalée.

Le soulagement est le même, ces congestionnées du poumon éprouvent un grand allégement après ces hémoptysies simples.

Hémoptysies légères. — Sabourin assimile le poumon qui saigne à un robinet s'ouvrant et se fermant selon les besoins de l'organisme.

Daremberg cite deux observations qui résument bien l'effort hémorragique du moliment utérin sur le poumon principalement.

OBSERVATION XXII (Daremberg)

Dix-huit ans. Début de la maladie en 1876. Arrive à Menton en décembre 1878 ; elle présente au sommet droit dans la fosse sous-claviculaire et dans les fosses sous et sus-épineuses, des craquements humides et de la respiration soufflante. Elle a eu plusieurs hémoptysies qui sont survenues au moment des règles. Ces hémoptysies étaient précédées et annoncées par des phénomènes particuliers, rougeur de la pommette du côté malade, redoublement de la toux et de l'irritation de la gorge, enfin et surtout névralgie faciale du côté malade à forme intermittente.

Pendant le séjour à Menton, il ne s'est pas produit d'hémoptysie, mais plusieurs fois, écrit Daremberg, j'ai observé des phénomènes précurseurs : rougeur de la pommette, congestion de l'isthme du gosier, rougeur et larmoiement oculaire du côté malade.

Ici les phénomènes sont passagers. Il surviennent sinon toujours, mais à de fréquentes périodes menstruelles. Dans l'intervalle la malade ne présenta pas de troubles particuliers.

OBSERVATION XXIII (Daremberg)

Vingt ans. Sœur d'une phtisique confirmée, normalement menstruée, est prise au mois de septembre 1878 de toux avec amaigrissement. Légère induration du sommet droit en arrière. En novembre, pleurésie sèche de tout le tiers supérieur de la poitrine à droite. L'amaigrissement augmente en

mars 1897, les phénomènes thoraciques semblent enrayés, l'état général était sensiblement amélioré lorsque parut une hémoptysie peu abondante, mais prolongée pendant cinq jours, coïncidant avec une poussée congestive. Tout le sommet droit en arrière et en avant est mat et douloureux. L'hémoptysie et les phénomènes concomitants apparaissent dans les conditions suivantes :

22 mars. — Le malade éprouve les prodrômes ordinaires de ses époques, douleurs des reins, pesanteur dans le bas ventre, agacement général. Cet état dure deux jours sans écoulement menstruel.

25 mars. — Palpitations et battements de cœur très prononcés ; le pouls est plus saccadé, mais sans fréquence fébrile, la respiration est courte avec sentiment d'oppression.

C'est au milieu de ces symptômes cardiaques et pulmonaires que se montre l'hémoptysie.

Du 31 mars au 21 avril, les phénomènes pulmonaires diminuèrent de façon sensible.

20 avril. — La fosse sus-épineuse seule est encore mate à la percussion. Les règles s'annoncent par des phénomènes de congestion utérine et des battements de cœur.

Les règles se montrent le 23, et dès le 24 tout est rentré dans l'ordre.

Ces hémoptysies supplémentaires sont assez fréquentes chez les tuberculeuses ; elles ne s'accompagnent d'aucune aggravation sérieuse et lorsqu'elles se reproduisent systématiquement à l'approche des règles, les femmes ne s'en alarment nullement, elles savent que leurs époques s'annoncent ainsi, avec

quelques dixièmes de degré en plus de la normale, une sensation de plénitude à l'hypogastre, etc.

Nous complétons cet aperçu des hémoptysies menstruelles rudimentaires par ces deux observations empruntées à M. Sabourin (Fièvre menstruelle des phtisiques) :

OBSERVATION XXIV (Sabourin)

Une jeune fille de robuste constitution devient tuberculeuse à la suite de surmenage prolongé dans un milieu peu hygiénique, parmi des ouvrières dont plusieurs étaient certainement phtisiques. En quelques semaines l'affection de poitrine se déclare avec fièvre modérée, toux, expectoration, amaigrissement. Les fonctions menstruelles sont restées intactes en apparence, mais chaque mois elles s'annoncent par une élévation de température de trois, quatre et cinq jours.

La lésion consiste en une infiltration à nodules disséminés dans le tiers supérieur du poumon droit, avec quelques foyers de ramollissement.

La malade, soumise à une hygiène rigoureuse, reprend vite ses forces, le poids qu'elle a perdu et revient en quelque mois à une belle santé apparente. Mais pendant ce temps les périodes menstruelles ont toujours été pénibles, fébriles, et généralement accompagnées de quelques crachements de sang, l'une d'elles s'est caractérisée par une fièvre prémonitoire de sept jours atteignant 38°5 le soir avec signes d'humidité.

Dans tout le foyer pulmonaire, douleur spontanée dans l'épaule, accroissement et dilution de l'expectoration, sans

compter la courbature générale, les pesanteurs des lombes et du ventre.

Le sixième jour au réveil, la malade expulse un gros caillot de sang noir, puis l'expectoration continue dans la journée et les jours suivants, formée des crachats habituels mélangés à des blocs noirâtres ou enrobés de la même façon.

Les règles se montrent la nuit du sixième jour, la fièvre tombe aussitôt, les phénomènes congestifs disparaissent, mais l'expulsion de caillots noirs puis bruns, puis ocreux, continue plusieurs jours encore. A aucun moment, en somme, il n'y eut de sang rutilant dans les crachats.

La lésion pulmonaire parut suppurer abondamment pendant quelques semaines, mais il n'en résulta aucun dommage. Sabourin fait remarquer la longue période fébrile prémenstruelle, la préexistence de l'hémoptysie avec écoulement menstruel et l'exagération concomitante des phénomènes thoraciques.

OBSERVATION XXV (Sabourin)

Une jeune femme porte depuis longtemps dans son sommet gauche une tuberculose bénigne à nodules espacés, à moitié scléreuse en partie encapsulée par la plèvre épaissie, signes classiques de ces sortes de lésions, mais soumis comme étendue et comme intensité et surtout pour l'expectoration à des fluctuations énormes tenant à l'état nerveux. Tous les mois en particulier, on observe un incident local quelconque sur le poumon, sans compter les autres manifestations, qui ne font guère défaut lorsque le flux menstruel

n'arrive point à son terme. A une de ces époques, la date habituelle étant passée de trois ou quatre jours, au milieu de misères variées du système nerveux, le thermomètre s'élève assez brusquement. Point de côté violent à gauche, toux, dyspnée.

Le premier examen ne laisse aucun doute sur l'apparition de l'état congestif dans tout le lobe supérieur en arrière. La température atteint rapidement 40 degrés, reste élévée pendant trois jours matin et soir, l'expectoration devient un peu mousseuse avec quelques taches de sang. Au bout de vingt-quatre heures le lobe supérieur en arrière donne les signes suivants : Matité, vibrations exagérées, souffle intense, râles humides de volume varié, à timbre caverneux très net, pectoriloquie.

On pouvait s'attendre à l'éclosion d'une pleuro-pneumonie. Cet état local dure quatre jours au milieu de grands malaises, les règles arrivent pendant la nuit, amenant rapidement un bien-être général. Dès le lendemain, la fièvre tombait, remontant à peine le soir, en même temps que les lésions pulmonaires s'évanouissaient à vue d'œil. Tout rentra dans l'ordre en quelques jours et quelques frottements pleuraux retardataires indiquaient bientôt seuls la place où s'était produite cette brutale agression.

L'hémoptysie comme équivalent menstruel (Sabourin). — Mais à côté de ces petits crachements de sang, il y a les hémorragies véritables subintrantes ou isolées, remarquablement plus abondantes que le flux menstruel. Aucun symptôme inquiétant d'ailleurs, outre le choc émotif provoqué

chez les malades qui n'y sont point encore accoutumées. Cette hémorragie peut précéder un flux menstruel hésitant, puis après que celui-ci a trouvé enfin sa voie naturelle, l'hémorragie pulmonaire cesse, pour reprendre à nouveau lorsque le flux utérin a été trop insuffisant. Le poumon devient l'auxiliaire de l'utérus, cette suppléance est poussée à son paroxysme chez les femmes en « train de perdre leurs règles ».

Qu'il s'agisse d'une altération soit de l'appareil génital lui-même, soit de la crase sanguine, soit de l'influx nerveux capable alors de boucler l'émonctoire périodique, la révulsion utérine ne vient plus dériver la fluxion pulmonaire : celle-ci s'exerce en toute liberté pendant toute la période menstruelle si l'hémoptysie bienfaisante ne vient drainer le flux cataménal aberrant.

Tous les troubles congestifs qui incommodent la malade en imminence d'hémorragie, cessent dès que celle-ci apparaît, absolument comme dans la menstruation normale, si toutefois l'activité des lésions pulmonaires rétrocède dès que s'est produite cette saignée thérapeutique. Nous avons déjà vu et nous le verrons encore plus loin qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Le poumon n'est vraiment pas destiné à cette élimination menstruelle. Il accomplit cette fonction comme il peut. Pour éliminer les déchets de l'ovulation, il perd beaucoup trop de sang et il n'a pas comme la muqueuse utérine le pouvoir d'épuration

et de concentration qui lui permet d'éliminer beaucoup sous un petit volume. Le poumon est dans ce cas un émonctoire imparfait de produits génitaux. Cette association compensatrice se montre surtout chez les « Phtisi-cardiaques ». On comprend en effet, que le « coup de piston menstruel » a un retentissement d'autant plus grand chez ces instables du système vasculaire et si un nervosisme spécial boucle l'émonctoire utérin, l'effort hémorragique vient buter contre cet obstacle et se réfléchit sur un autre lieu d'élection : le poumon qui ouvre toutes grandes ses alvéoles hospitalières.

L'hémorragie menstruelle se produit :

Soit à froid, sans réaction aucune, « véritable saignée spontanée », comme si le sang « coulait d'un robinet » (Sabourin) et cela surtout lorsqu'il s'agit d'hémoptysies alimentaires et chez les tarés du cœur, les grands nerveux (hémoptysies phtisi-cardiaque) (Sabourin), soit à chaud avec réaction congestive.

Entre ces deux types extrêmes il peut exister des intermédiaires, mais tandis que dans le premier cas le pronostic est bénin, le traitement « ambulatoire » (Sabourin), dans le second la crise menstruelle prend parfois des aspects sérieux, inquiétants au moins en apparence.

Nombreuses sont les modalités de l'hémoptysie menstruelle : « chaque malade a sa petite façon de cracher du sang à ses époques » et l'une des plus intéressantes est l'hémoptysie post-menstruelle qui se montre plusieurs jours après la cessation des règles,

traduisant « une congestion pulmonaire fébrile tardive ou se faisant complètement à froid ».

« **Traitement ambulatoire** » (Sabourin). — En général on laisse au lit et, avec raison, les tuberculeux qui crachent le sang.

Il est cependant certains malades chez lesquels la position couchée et l'immobilité prédisposent aux congestions. Quels sont ces malades ?

Il s'agit souvent du tuberculeux dit « angioneurotique » dont notre maître a donné d'excellentes descriptions.

L'angioneurose existe dans 15 o/o des cas, chez les malades du Dr Sabourin. Ce syndrome est caractérisé par un déséquilibre circulatoire, par une tare de la circulation sanguine.

Chez l'angioneurotique il existe une teinte plus ou moins cyanotique des mains avec fraîcheur, plus ou moins étendue ; une teinte plus ou moins cyanotique du nez, des pommettes, de la face, des oreilles, de la muqueuse oculaire avec rougeur des lèvres, rougeur intense de la gorge constrastant avec la pâleur relative de la voûte palatine osseuse. La peau du tronc a parfois une coloration exagérée, scarlatineuse et si la chaleur du lit accentue ces troubles circulatoires leur mise à nu les atténue puis les exagère.

L'angioneurotique est peu frileux, le tub matinal froid provoque un « certain étonnement du cœur », le malade « sent son cœur » lequel est tachycardique parfois avec une tare mitrale.

L'essoufflement est rapide, le sommeil est lourd et

agité, la palpitation émotive est facile, la température du réveil trop élevée. Cet état est associé à un nervosisme parfois accentué et on trouve chez ces malades cette tendance à faire les « bizarreries thermométriques », les « hémoptysies phtisi-cardiaques » dont parle le Dr Sabourin ; tendance aussi à transformer leur lésion pulmonaire en exutoire tuberculeux par lequel, porte toujours ouverte, s'éliminent tous les poisons endogènes et exogènes qui peuvent encombrer leur économie (Sabourin).

« Malades ultra sensibles à toutes les intoxications, sensibilité exquise, désarroi facilement réalisable de l'appareil circulatoire et nécessité pour le médecin d'en tenir grand compte » (Sabourin). Malades « qui jouent avec les bacilles comme le chat avec la souris » (Sabourin), qui font des complications thoraciques dont ils sortent victorieux, qui humectent et dessèchent à volonté tour à tour leurs lésions, malades pour lesquels « un déplacement désiré, un changement de milieu, la suggestion inconsciente d'un nouveau médecin traitant ont une valeur thérapeutique importante, supérieure à tout ce qu'on peut imaginer » (Sabourin). Chez ces déséquilibrés circulatoires la cure de repos doit être méthodiquement réglée, dosée si on peut dire, comme aussi leur alimentation, afin de « prévenir les accidents phtisi-cardiaques ».

M. Sabourin a, dans un article récent (*Journal des Praticiens*, 18 novembre 1916), insisté sur « le traitement ambulatoire de certaines hémoptysies ».

Il nous a paru essentiel, avant de reproduire les idées du maître, de retracer à grands traits l'histoire clinique du tuberculeux angioneurotique. Sur ce terrain « poussent », en effet, avec prédilection ces crachements de sang dont nous parlions et en méconnaître le *primum movens* serait s'exposer à les voir s'éterniser au grand désespoir du malade et du médecin. M. Sabourin laisse debout les tuberculeuses qui crachent du sang à leurs époques menstruelles à moins d'hémoptysie avec fièvre notable, permanente, comme dans les congestions pulmonaires fébriles, les attaques broncho-pneumoniques, pleuro-pneumoniques, les grandes congestions pulmonaires menstruelles, les crises de suppuration éliminatrice intense, les poussées évolutives, car ici « l'élément congestif ou inflammatoire prime l'élément hémorragique de l'incident et c'est lui qui dicte la thérapeutique » (Sabourin).

Ce traitement est « le meilleur moyen d'arrêter net les hémoptysies menstruelles ordinaires » (Sabourin).

L'hémoptysie menstruelle est une déviation du flux cataménial vers le point faible : la plaie pulmonaire, exutoire toujours béant.

Ces malades répondent souvent au type que nous avons esquissé plus haut : tare cardiaque, palpitation émotive facile, nervosisme, sommeil lourd et agité, température du réveil trop élevée, crachats hémoptoïques affectant la forme de moules bronchiques, souvent nocturnes, et favorisés par la congestion de stase durant le sommeil, déséquilibre cir-

culatoires : notions qui justifient : « le traitement ambulatoire ».

Le médecin, en connaissance de ces données, engagera la malade à se retourner dans son lit, à s'asseoir souvent, à la faire lever dans sa chambre si aucun changement en mal ne s'est produit. On aura alors de grandes chances de voir l'hémoptysie s'arrêter. Si on laisse la malade en immobilité prolongée, le sang persiste. Bien souvent les hémoptysies même abondantes qui résistent à toutes les médications cèdent à la station debout ou, si l'on est pusillanime, aux mouvements de déplacements dans le lit.

Puisqu'il il y a mauvais équilibre circulatoire il faut entraver l'inertie sanguine et empêcher le sang paresseux de rester là où il lui plaît. Ce traitement s'applique aussi bien à des hémoptysies bénignes qu'à des hémoptysies répétées et abondantes.

Le Dr Sabourin en a maintes fois fait l'observation.

Hémoptysies avec état congestif grave. — Nous avons parcouru toute la gamme des états congestifs pulmonaires se substituant en tout ou en partie à l'écoulement utérin. Lorsque celui-ci devient silencieux, il entraîne la conséquence non fatale mais fréquente des hémorragies pulmonaires. Celles-ci peuvent s'accomplir banalement comme nous venons de le voir, mais trop souvent hélas tout le cortège des complications pulmonaires la renforce, aggravant à chaque étape le processus bacillaire.

L'observation suivante sera plus suggestive que tous nos développements.

OBSERVATION XXVI (Sabourin).

Une jeune fille, de constitution plutôt délicate, mais point maladive jusque-là, dénonce un beau jour sa tuberculose latente par une hémoptysie menstruelle fébrile. Pendant plusieurs mois, les époques s'annoncent régulièrement par une crise de fièvre, des crachements de sang, le flux cataménial devenant de plus en plus insignifiant.

En revanche, les accidents fébriles et les congestions thoraciques s'accentuent chaque mois, bien que de courte durée. Enfin les règles se suppriment et les périodes ne sont plus marquées que par des épitaxis et les hémoptysies. La malade a toujours eu d'ailleurs le saignement de nez facile, dans les périodes intercalaires, la malade reprend son cours très régulier, la courbe thermométrique se tenant autour de 36°6 et 37°3.

Enfin à la date accoutumée des règles, on voit se développer les accidents suivants, en même temps que les phénomènes congestifs s'accusent au poumon malade, par la douleur locale et les signes d'auscultation, comme cela se passait aux époques menstruelles antérieures, le thermomètre s'élève un peu à 37°8 ; premier crachement de sang le troisième jour : 38°5, nouvelle hémoptysie bénigne ; le quatrième jour 39°3 ; le cinquième jour 38°4 ; hémoptysie légère, puis 39°5 et 39°7, un demi crachoir de sang.

Depuis le début, il s'était produit quelques petits saigne-

ments de nez, et une selle dysentérique par vingt-quatre heures, avec douleurs permanentes vers l'hypogastre. Le huitième jour se produisent coup sur coup six selles sérieuses et le soir le thermomètre reste à 38°2. Le soulagement est notable après cet accident et au matin chute à 36°3. Nouvelle ascension le soir à 39°8 suivie dans la nuit d'une hémoptysie et de deux selles séreuses, chute à 38°3 au réveil (10e jour). Dans la journée toux plus sèche, sensation plus pénible du côté gauche. On trouve à la base du poumon une large plaque de frottements pleuraux. Pendant quatre jours le thermomètre se tient élevé, le sang disparaît des crachats et la poussée pleurétique semble s'éteindre en même temps que la courbe descend à 36°4-37°3 le dix-huitième jour.

Mais dès le lendemain, brusque ascension à 39 degrés avec sensation douloureuse sur les premières côtes en avant, où l'auscultation découvre une large plaque de râles humides et de gros frottements. A partir de ce moment, la courbe reste aux environs de 36°5 et 39°5 sans grandes variations. Les symptômes locaux antérieurs s'accentuent. Il y a là un foyer étendu de râles volumineux dont la nature bacillaire ne semble pas douteuse, si l'on considère la grandeur des oscillations thermiques.

Hémoptysie avec aggravation définitive. — Enfin, comme nous l'avons déjà dit à propos des lésions congestives, il y a des cas où l'hémoptysie menstruelle accompagne une aggravation définitive, la mort plus ou moins proche met un terme à la série des accidents menstruels sans lesquels la tuberculose eut pu rester torpide.

L'observation suivante est empruntée à M. Noncher :

OBSERVATION XXVII (Noncher)

Mme G..., trente-quatre ans.

Pas d'antécédents héréditaires au point de vue tuberculeux.

Réglée à seize ans, seulement, toujours régulièrement, elle a commencé à tousser vers cette époque et a suivi un traitement au tannin, puis est restée dans un sanatorium d'où elle est sortie guérie, dit-elle.

Mariée à vingt-deux ans, elle a supporté sans un inconvénient deux grossesses non suivies d'allaitement. Les deux enfants ont actuellement six et dix ans et n'ont jamais été malades.

La tuberculose naturelle paraît donc enrayée sinon guérie.

En 1906, troisième grossesse, supportée, affirme la malade aussi bien que les deux autres, mais l'accouchement l'a beaucoup fatiguée, et elle n'a pu se remettre de la fatigue qui en est résultée.

Un mois après l'accouchement, elle commence à tousser. Quand nous voyons la malade, elle nous dit que depuis trois jours elle souffre de courbature et de fièvre, surtout, le soir et la nuit. Elle a dû quitter son travail et s'aliter, la nuit dernière elle a eu une hémoptysie assez forte.

Examen. — Poumon gauche : légère submatité au sommet en arrière.

Poumon droit : submatité légère en arrière, très marquée en avant.

L'auscultation est gênée par le sang qui encombre les bronches. Température 38°8.

Nous pensons au retour des règles probables d'après l'intervalle qui nous sépare de l'accouchement.

Le soir l'hémoptysie n'a pas reparu. Température 40 degrés.

Le lendemain légère ascension de la fièvre. Température 37°6, le soir 38°8.

Mais cette réascension n'est que passagère et le jour suivant on note : matin température 37°7 et soir 39°5.

Les règles ne viennent pas normalement, elles se réduisent à un léger écoulement sanguinolent et disparaissent définitivement trente-six heures après leur apparition. Lorsque les poumons dégagés permettent d'ausculter on constate :

Au sommet gauche en arrière, diminution extrême du murmure vésiculaire, à la base, râles et congestion.

Dans tout le sommet droit, l'inspiration est rude et soufflante, l'expiration prolongée ; en avant on entend quelques petits craquements.

Nous perdons de vue la malade, mais nous avons appris depuis qu'elle a fait une phtisie à terme rapide. Les règles n'ont pas reparues et elle est morte au début d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après l'époque où nous avions pu l'examiner.

« Ici le fait est des plus nets, ajoute Noncher.

Une malade porte des lésions tuberculeuses torpides. Au cours d'une période menstruelle, elle fait

une congestion pulmonaire intense sur des lésions du début du second degré de deux sommets pulmonaires, les lésions rétrocèdent passagèrement, mais bien passagèrement, car la malade succombe en quatre mois à une phtisie galopante. »

Voici une autre observation de Daremberg :

OBSERVATION XXVIII (Daremberg).

Mlle B..., dix-sept ans. Début de la maladie en 1877, à la suite d'une fièvre muqueuse, menstruation régulière jusqu'en juillet 1878. Au sommet gauche, de la matité, de gros râles humides, avec de la respiration soufflante. Toux, expectoration muco-purulente. Oppression. Le 10 décembre, réapparition des règles, précédée de quelques coliques et de symptômes dysménorrhéïques ; après leur cessation, accès de fièvre vespéraux avec période de frissons, de chaleur et de sueurs, courbature, anorexie, perte de forces. Ces troubles se reproduisent régulièrement à chaque époque menstruelle et durent cinq à six jours. Néanmoins l'état général s'améliore, les forces augmentent, la toux, l'expectoration, la dyspnée diminuent sensiblement.

Les signes locaux sont stationnaires. Tout à coup, à la période menstruelle de mars, les symptômes congestifs réapparaissent. Les règles ne se manifestent que par quelques gouttes de sang malgré un molimen congestif intense, et le lendemain 20 mars nous nous trouvons en présence d'une congestion pulmonaire des plus graves avec menaces d'asphyxie, dyspnée, cyanose, expulsion difficile de glaires très

adhérents. Le sommet droit jusqu'alors indemne présente de gros craquements humides avec une respiration rude et soufflante.

A dater de ce jour, la fièvre devient continue, les signes de ramollissement envahissent progressivement tout le poumon droit et la malade succombe le 13 mai.

CONCLUSIONS

La tuberculose pulmonaire et la menstruation ne font pas toujours « bon ménage ».

L'infection tuberculeuse trouble les fonctions utéro-ovariennes selon toutes les modalités dysménorrhéiques et aménorrhéiques.

Le processus cataménial, quelle que soit son atteinte, prend parfois une revanche farouche contre son ennemi, le poumon.

La pléthore menstruelle, chargée de toxines ovulaires, s'immobilise au niveau des lésions tuberculeuses, les rallume de tout son effort congestif.

Les vingt-huit observations empruntées pour la plupart à notre maître le Dr Sabourin, ont mis à jour toutes les étapes de la nocivité menstruelle à l'égard de la phtisie :

Petite fluxion vite apaisée.

Poussées évolutives pendant toute une série de crises menstruelles et enfin : grand orage éclatant soudain avec violence à propos d'une menstruation particulièrement sévère avec terminaison fatale.

Nous avons toujours pensé que la période menstruelle était la plus grande ennemie des tuberculeuses.

Qu'il y ait écoulement sanguin ou arrêt total, cette période ovulaire est implacablement congestive.

Pourquoi ces accidents de déviation menstruelle persistent-ils alors que la cachexie tuberculeuse semble avoir éteint toute vitalité utéro-ovarienne?

Pourquoi cette pléthore périodique alors que l'anémie « s'exhale de tout l'être » (Sabourin).

M. Sabourin émet l'hypothèse imagée d'une vieille habitude à manifestation mensuelle de l'organisme.

Allaitement. — Ces hypersensibles à l'intoxication menstruelle ont parfois un regain de belle santé lorsque pendant neuf mois de gestation l'empoisonnement cataménial a été suspendu. Mais si, après la délivrance, on empêche l'allaitement, l'intoxication menstruelle réapparaît à ce moment de moindre résistance, elle frappe le poumon au maximum et « assomme d'un coup l'organisme » (Sabourin).

Notre maître croit fermement que pour les femmes qui ont mené à bien leur grossesse, il faut ordonner l'allaitement quelles que soient leurs qualités de nourrice. L'état de lactation c'est la meilleur sauvegarde du retour menstruel, c'est la remise ultérieure d'une échéance toujours trop proche.

Il est bien évident qu'une tuberculeuse à lésions ulcéro-caséeuses, en évolution, ne doit pas nourrir, son état est trop grave, mais même pour la tuberculose fibreuse le problème est délicat.

L'allaitement supprime le danger de la menstrua-

tion mais il substitue celui de la déminéralisation et de l'hyperglicémie.

On connaît la marche rapide de la phtisie chez les diabétiques ; or une nourrice se comporte souvent comme une diabétique.

La question est épineuse et la responsabilité du médecin est grande à cet égard. On a proposé de se baser sur la conservation de l'immunité. Les cutiréactions répétées avant et après l'accouchement révéleront si le pouvoir immunisant de l'organisme subit un fléchissement ou reste intact. La question est encore à l'étude.

Nous n'avons d'ailleurs pas l'intention de proposer l'allaitement comme moyen préventif de l'organisme tuberculeux contre la menstruation.

L'activité génitale est loin d'être favorable à la phtisie ; elle est assez souvent un désastre, c'est d'elle que lui viennent les étincelles incendiaires. Nous espérons l'avoir suffisamment démontré en ce qui concerne la fonction menstruelle.

Le Président de la thèse,
M. LETULLE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Jacquemier. — Manuel des Accouchements, 1846, p. 124.

Velpeau. — Traité complet de l'art des Accouchements. Paris, 1835, t. I.

Vignes. — Thèse de Doctorat, 1914. Notes et recherches sur la menstruation.

Richard. — La menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, la gestation et l'allaitement (Bulletin médical, décembre 1905).

Sabourin. — Les exutoires tuberculeux du poumon (Revue de médecine, mars 1903.)

Hollos. — Origine tuberculeuse des troubles menstruels (Gazette des Hôpitaux, octobre 1912).

Baumel. — Tuberculose pulmonaire avec hémoptysie précoce en rapport avec la puberté (Journal des Praticiens, novembre 1911).

Siredey. — Tuberculose génitale et ses formes frustes.

Jong (Louise de). — Etude anatomique de l'ovaire chez les Phtisiques.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie.

Landouzy. — Rapport à la XI[e] Conférence Internationale contre la tuberculose.

Poncet et Leriche. — Tuberculose inflammatoire.

Brierre de Boismont. — Menstruation considérable dans ses rapports physiologiques et pathologiques. Thèse de Paris, 1842.

Vignes (Henri). — Notes et recherches sur la menstruation. Thèse, 1914.

Seyler (Hope). — Weber des Blutverlust bei des menstruation, 1906, t. XLII.

Carnot et Deflandre. — Variations du nombre des hématies chez la femme pendant la période menstruelle (Comptes rendus hebdomadaires de la Société de biologie, janvier 1909).

Marbe. — Le principe de l'hyperovarisme menstruel (Compte rendu de la Société de Biologie, 1908, 1er volume).

Bezançon. — La période menstruelle chez les tuberculeuses (Bulletin médical, 1913, n° 83).

Turban. — Beitraege zur Keimtrus der Lungen tuberculose, 1899.

Kraus. — Uber fremenstrielle Temperature steiger ungen bei tumgen tuberculose, 1905.

Daremberg. — Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phtisie pulmonaire (Archives générales méd., nov. 1880).

— Fonction menstruelle. Phtisie pulmonaire (Arch. gen. med., nov. 1880).

— Phtisie pulmonaire. Paris, 1905.

Siredey et Francillon. — Recherches sur les modifications de la pression artérielle au cours de la menstruation (Soc. méd. des Hôp., 7 avril 1905).

Siredey. — Thèse de Paris, 1860.

Riebold. — Deutsche med. wochen., 1906, nos 11, 12, 28 et 29.

Noncher. — Influence de la menstruation sur la tuberculose. Thèse, 1906.

Sabourin. — Point de côté paradoxal chez les phtisiques (Journal des praticiens, 9 mai 1914).

— Fièvre menstruelle des phtisiques (Revue de Médecine, 1905).

— Diarrhée menstruelle des phtisiques (Journal des praticiens, 28 juillet 1917).

— Phtisie pulmonaire à forme menstruelle (Journal des praticiens, janvier 1911).

— Equivalents menstruels chez les tuberculeuses (Paris Médical, 3 janvier 1920).

— Point de côté scinural (Revue de Médecine, 10 avril 1907).

— Tuberculeux angio-neurotiques (Journal des praticiens, 1er octobre 1910).

— La plaque acromiale (Journal des praticiens, 25 septembre 1915, 12 février 1916).

— Traitement ambulatoire de certaines hémoptysies chez les tuberculeux (Journal des praticiens, 1916).

— Congestion paradoxale (Journal des praticiens, 7 mars 1908).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4591-20